



**Biuro Informacji
i Dokumentacji
Kancelarii Senatu**

OE-58

Listopad 2006

Antonina Ostrowska

**Problemy integracji,
wyrównywania szans i aktywizacji
osób niepełnosprawnych w Polsce**

Dział Informacji i Ekspertyz

**Seria:
*Opinie i Ekspertyzy***

Materiał przygotowany przez Dział Informacji i Ekspertyz Biura Informacji i Dokumentacji.
Biuro zamawia opinie, analizy i ekspertyzy dotyczące poszczególnych projektów ustaw
sporządzone przez specjalistów reprezentujących różne punkty widzenia.
Wyrażone w materiale opinie odzwierciedlają jedynie poglądy autorów

© Copyright by Kancelaria Senatu, Warszawa 2006

Biuro Informacji i Dokumentacji Kancelarii Senatu RP
Dyrektor – Andrzej Dziubecki – tel. 694-24-32, fax 694-24-28, e-mail: dziubeck@nw.senat.gov.pl
Wicedyrektor – Ewa Nawrocka tel. 694-25-20, e-mail: nawrocka@nw.senat.gov.pl
Dział Informacji i Ekspertyz tel. 694-20-59, fax 694-20-49

Problemy integracji, wyrównywania szans i aktywizacji osób niepełnosprawnych w Polsce

Niepełnosprawność obok biedy i bezrobocia jest jednym z poważniejszych problemów społecznych naszego kraju. Istotnym czynnikiem, który wyznacza jego narastającą rangę jest stale rosnąca liczba osób niepełnosprawnych. Według ostatniego spisu powszechnego w roku 2002 liczba ta osiągnęła wysokość 5456,7 tys., co oznacza, że osoby niepełnosprawne stanowią u nas 14,3% ogółu ludności. Warto też wskazać, że niepełnosprawność jako problem polityki społecznej ma swoją specyfikę, która sprawia, że działania na rzecz osób niepełnosprawnych wymagają współdziałania znacznie większej liczby wszelkiego rodzaju struktur i instytucji oraz aktywności nakierowanych na różnego rodzaju podmioty niż ma to miejsce w przypadku innych problemów. Muszą się tu zintegrować działania z zakresu rehabilitacji medycznej, kształcenia i rehabilitacji zawodowej, nowoczesnej pomocy społecznej, kształtowania właściwych postaw a także indywidualnych motywacji i kompetencji osób niepełnosprawnych. Problem spójności działań jest bardzo istotny i senackie komisje – Komisja Rodziny i Polityki Społecznej oraz Komisja Zdrowia – słusznie przywiązują do niego tak znaczną wagę. W związku z tym chciałabym zgłosić dwie propozycje.

1. Spójność oddziaływań

Aktywna polityka społeczna wobec osób niepełnosprawnych powinna uwzględniać dwa rodzaje działań: działania na rzecz ogółu zbiorowości osób niepełnosprawnych (polityka realizowana przede wszystkim przez rząd i organizacje o zasięgu centralnym) oraz działania uwzględniające potrzeby konkretnych grup i jednostek (polityka realizowana przez podmioty lokalne). Te ostatnie to przede wszystkim synchronizacja działań na rzecz osób niepełnosprawnych zamieszkałych na danym terenie, monitorowanie ich różnego rodzaju potrzeb i otrzymywanej pomocy ze strony poszczególnych instytucji i systemów społecznych.

Obecnie świadczenia wspomagające osoby niepełnosprawne znajdują się w dyspozycji różnych instytucji i resortów i praktycznie nie istnieje żaden system koordynacji. Sprawia to, że pomoc nie zawsze dociera tam, gdzie jest najbardziej potrzebna, a czasem jest dublowana. Do realizacji funkcji koordynującej byłby niezbędny system komputerowej rejestracji, natomiast osobami odpowiedzialnymi za tę koordynację powinni być coraz liczniejsi i coraz lepiej wykształceni pracownicy socjalni, którzy obecnie ciągle nie mają określonego statusu społecznego i wyraźnie określonych zadań w polskim systemie pomocy społecznej. Z racji swoich kwalifikacji byłiby oni zdolni do ustalania potrzeb i możliwości osób niepełnosprawnych, manifestujących się w różnych sferach życia. W celu ustalenia tych potrzeb pracownik socjalny utrzymywałby kontakt z osobą niepełnosprawną (podmiotem działań), a także lokalnymi przedstawicielami systemu opieki zdrowotnej, rehabilitacji, zaopatrzenia ortopedycznego, edukacji, zatrudnienia etc. Byliby oni aktywnymi pośrednikami między osobami niepełnosprawnymi a innymi instytucjami, ich doradcami (nie tylko w kwestiach pomocy społecznej), odpowiedzialnymi także za prowadzenie komputerowej rejestracji, uwzględniającej zapotrzebowanie i otrzymaną pomoc od różnych instytucji i resortów. Osoby niepełnosprawne powinny być włączane do systemu w momencie uzyskania odpowiedniego orzeczenia.

2. Obszary działań

Prezydium senackich komisji określiło obszary niezbędnych działań, które powinny być integrowane. Sądzę, że warto je uzupełnić. Są one bowiem nakierowane niemal wyłącznie na sferę infrastrukturalnych i materialnych warunków życia oraz na osobę niepełnosprawną wyizolowaną z jej naturalnego, społecznego kontekstu.

Nie podlegające dyskusji są potrzeby w zakresie wczesnej interwencji, rehabilitacji, zaopatrzenia w pomoce techniczne czy działania na rzecz dostępności obiektów. Kwestie te więc wyeliminuję z moich dalszych uwag. Chciałabym natomiast naświetlić pozostałe sfery życia i aktywności osób niepełnosprawnych szczególnie ważne z punktu widzenia integracji i wyrównywania szans tych osób.

- Niewątpliwie jednym z ważniejszych problemów osób niepełnosprawnych jest ich aktywizacja na rynku pracy. Aktywność zawodowa tej kategorii osób jest bowiem nie tylko sposobem osiągnięcia samodzielności ekonomicznej, ale także czynnikiem budującym poczucie własnej wartości i samorealizację oraz drogą dla szeroko rozumianej reintegracji społecznej. Praktyka rehabilitacji dowodzi, że tylko nieliczne, najcięższe postaci niepełnosprawności uniemożliwiają aktywność zawodową. Stopień w jakim uszkodzenie

czy dysfunkcja jakiegoś układu zaczyna ograniczać czynności zawodowe zależy od przyczyny i rodzaju samego uszkodzenia, od charakteru pracy i posiadanych kwalifikacji, ale także, lub przede wszystkim, od znaczenia i wartości, jaką dany człowiek przypisuje pracy w całokształcie swojego życia, a więc aspektu motywacyjnego. Nie wystarczy samo tworzenie miejsc pracy. Bez właściwej rehabilitacji zawodowej i budowania tej motywacji zatrudnienie nie będzie efektywne.

Odrębną grupę czynników stanowią obiektywne możliwości znalezienia właściwej, dobrze dobranej pracy. Nie chodzi przy tym wyłącznie o możliwość zatrudnienia czy istnienie przystosowanych stanowisk pracy, niezbędnej dostępności do urządzeń infrastruktury społecznej i środków transportu, ale także o odpowiednie postawy pracodawców i reakcje współpracowników, szczególnie jeżeli zatrudnienie będzie miało charakter integracyjny, w obrębie tzw. otwartego rynku pracy. Wymaga to działań zarówno na poziomie indywidualnym (ocena psychofizycznych możliwości, budowanie właściwej motywacji, nabywanie umiejętności), jak i makrospołecznym (organizacja kompleksowej rehabilitacji, wdrażanie właściwych rozwiązań systemowych na rynku pracy).

- Sferą bezpośrednio związaną z aktywizacją zawodową jest odpowiednie wykształcenie i kwalifikacje. Przygotowanie do pracy, nabywanie właściwych do sytuacji zdrowotnej umiejętności są elementami rehabilitacji zawodowej. Jednak rola wykształcenia w życiu osób niepełnosprawnych musi być postrzegana znacznie szerzej. Dla osoby o często ograniczonej sprawności fizycznej, zdobycie jak najwyższego wykształcenia jest nie tylko najlepszym gwarantem osiągnięcia właściwej pozycji społecznej czy uzyskania zatrudnienia, ale także warunkiem jak najpełniejszej partycypacji w różnych dziedzinach życia. Wykształcenie jest tym elementem kapitału ludzkiego, który coraz bardziej dla wszystkich ludzi staje się warunkiem ułatwiającym funkcjonowanie we współczesnym świecie i umożliwiającym korzystanie z jego zdobyczy. Tymczasem progiem dostępnego dla osób niepełnosprawnych wykształcenia jest u nas często wykształcenie podstawowe lub zawodowe.
- Istotne i nie kwestionowane przez nikogo są materialne warunki życia. Choć nie stanowią bezpośredniej płaszczyzny integracji, to jednak mogą stanowić poważną przeszkodę dla niej i co więcej mogą narażać całe rodziny na ryzyko ekskluzji społecznej i stanowią zagrożenie dla postulatu równości szans wszystkich jej członków. Na materialne warunki życia warto więc spojrzeć nie tylko z punktu widzenia indywidualnego dochodu osoby niepełnosprawnej (czy to z pracy, czy z renty), ale dochodu całego gospodarstwa

domowego czy rodziny z osobą niepełnosprawną. Dające się odczuć koszty leczenia, rehabilitacji, dojazdów sprawiają, że efekt niepełnosprawności rozciąga się na całe rodziny. Zapobieganie marginalizacji z przyczyn ekonomicznych winno więc także uwzględniać inne osoby z najbliższego otoczenia niepełnosprawnych.

- Specyficzną kwestią, związaną ze społecznym funkcjonowaniem osób niepełnosprawnych i ich rodzin, jest możliwość oszacowania potencjału „pomocowego” rodziny. Istnieją sytuacje, w których to właśnie osoba niepełnosprawna wspomaga innych członków rodziny, ale częściej ona sama wymaga pomocy. Pomoc ta, nie wzmacniania z zewnątrz, może doprowadzić do nadmiernej eksploatacji zasobów rodziny. „Koszt” codziennego funkcjonowania, integracji osób niepełnosprawnych jest wówczas ponoszony także przez innych członków rodziny i czasem w stopniu, który zagraża ich właściwemu funkcjonowaniu. W sytuacjach takich wzrasta rola wolontariatu, pomocy sąsiedzkiej czy aktywności otoczenia społecznego (osób i instytucji lokalnych), które reprezentują dodatkowy, często nie wykorzystany potencjał pomocowy.
- Liczne materiały pochodzące od osób niepełnosprawnych wskazują, że nie docenianą a ważną sferą życiową osób niepełnosprawnych jest integracja „w czasie wolnym”, na którą składają się aktywności towarzyskie, kulturalne, sportowe czy rekreacyjne. Wszystkie te czynności są źródłem kontaktów społecznych, stwarzają możliwości wzajemnego poznania i zrozumienia, zdobywania doświadczeń. Nie sposób przecenić integracyjnej roli funkcjonowania w grupach rówieśników, czy osób mających podobne pasje i zainteresowania. Właściwa adaptacja życiowa i integracja społeczna osób niepełnosprawnych nie jest możliwa bez ich uczestniczenia w grupach nieformalnych – bez kontaktów koleżeńskich, sąsiedzkich, przynależności do kręgów towarzyskich czy różnego rodzaju organizacji i wspólnot. W takich kontaktach właśnie najskuteczniej ulegają przełamaniu istniejące bariery i niekorzystne stereotypy na temat osób niepełnosprawnych. Kontakty takie stają się także okazją do realizacji potrzeb emocjonalnych, stwarzają możliwość założenia rodziny, realizacji potrzeb seksualnych. Milcząca założenie, że rehabilitacja medyczna i zatrudnienie rozwiążą wszystkie problemy osób niepełnosprawnych jest fikcją. Jest to „terytorium” do zagospodarowania przez władze lokalne i organizacje społeczne.
- Osoby niepełnosprawne niejednokrotnie wymagają także pomocy w zbudowaniu właściwej motywacji i umiejętności funkcjonowania w różnych rolach społecznych. Z jednej strony chodzi tu o zidentyfikowanie potencjału indywidualnych możliwości osób niepełnosprawnych i zachętę do uaktywnienia go, a z drugiej strony o przekazanie im

niezbędnych dyspozycji i kompetencji społecznych, dostosowanych do zmieniających się warunków i wymogów współczesności. Sprowadzać się one powinny do znajomości elementarnych praw przynależnych im w społeczeństwie, ale także wynikających z tego tytułu obowiązków, zasad funkcjonowania formalnych i nieformalnych instytucji wspomagających, umiejętności pozyskiwania wszelkiego rodzaju informacji jako klucza do sukcesu w każdym nowoczesnym społeczeństwie, a także zdolności dostrzegania i wykorzystywania alternatywnych możliwości działania oraz uruchamiania różnego rodzaju zasobów. Pozwoli to osobom niepełnosprawnym skuteczniej przekładać własne cele na konkretne sposoby działania i zapobiegać automarginalizacji – postawy wycofania, bezradności i rezygnacji. Tu widzę znaczną rolę pracowników socjalnych, koordynujących świadczenia i wspomaganie osób niepełnosprawnych.

- Warunkiem wyrównywania szans osób niepełnosprawnych są także właściwe postawy społeczne. Błędne, uproszczone oczekiwania i założenia dotyczące osób niepełnosprawnych przejawiają się nie tylko w indywidualnych kontaktach z nimi, także wszelkiego rodzaju instytucje (łącznie z powołanymi do wspomaganie osób niepełnosprawnych) mają określony stereotyp swojego klienta i stosują swoiste „zaszufladkowanie” jego potrzeb. Osoby, które mieszczą się w tym stereotypie, są na ogół traktowane w sposób rutynowy i zuniformizowany, natomiast te, które się w nim nie mieszczą – spotykają się z nieumiejętnością reakcji i w efekcie brakiem odpowiedniego wsparcia. Problem ten nabiera szczególnej wagi, gdy instytucjonalne kryteria rozdziału świadczeń nie mogą być regulowane ścisłymi przepisami i nie są oparte na wnikliwej diagnozie, co sprawia, że musi w nich istnieć margines dowolności interpretacyjnej. Prointegracyjne postawy społeczne, które są efektem właściwych procesów edukacji społeczeństwa, mogą i powinny być kreowane na różnych poziomach – zarówno poprzez oddziaływania masowe (np. poprzez media), jak i stymulowanie indywidualnych kontaktów i tworzenia płaszczyzn dla tych kontaktów. Powinny one budować relacje społeczne oparte o prawdziwe, a nie stereotypowe postrzeganie potrzeb i możliwości osób o różnych rodzajach i stopniu niepełnosprawności.

ANEKS

Wyniki badań naświetlające problematykę wyrównywania szans i aktywizacji osób niepełnosprawnych

1.1. Charakterystyka demograficzno-społeczna populacji osób niepełnosprawnych w Polsce

Podobnie jak wśród ogółu ludności Polski, w populacji osób niepełnosprawnych przeważają kobiety. Występowanie niepełnosprawności, co jest zrozumiałe, lokuje się przede wszystkim w grupach starszych wiekowo, jednak większość osób niepełnosprawnych to osoby w wieku aktywności zawodowej (70% mężczyzn i 53% kobiet). Wśród niepełnosprawnych kobiet jest proporcjonalnie więcej osób starszych (27,9% powyżej 70 roku życia).

Porównanie struktury demograficzno-społecznej osób niepełnosprawnych ze strukturą całej populacji wskazuje ponadto na nadreprezentację osób niepełnosprawnych zamieszkałych na wsi (48,6% wśród osób niepełnosprawnych, a wśród ludności ogółem – 38,2%) oraz przeciętnie niższe wykształcenie (wśród ogółu ludności wykształcenie podstawowe lub niższe ma 40,1%, a wśród osób niepełnosprawnych – 52,8%, wykształcenie wyższe ma 9,4% ogółu ludności, a tylko 4,3% osób niepełnosprawnych). Zarówno starszy wiek, fakt zamieszkiwania na wsi, jak i relatywnie niższe wykształcenie mają tendencję do współwystępowania i stanowią czynnik utrudniający aktywizację społeczną i integrację tych osób. Szczegółowe dane na ten temat zawiera poniższa tabela.

Tabela 1. Struktura demograficzno-społeczna osób niepełnosprawnych w latach 1995 i 2000 (osoby w wieku 15 lat i więcej; dane w %).

Wyszczególnienie	1995			2000		
	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
Ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Płeć:						
Kobiety	51,3	x	x	51,6	x	x
Mężczyźni	48,7			48,4		
Wiek:						
15–19 lat	0,7	1,1	0,4	0,6	0,8	0,5
20–24 lat	1,4	1,6	1,2	1,5	1,8	1,3
25–29 lat	1,1	1,3	0,9	1,5	2,0	1,0

30–39 lat	5,4	6,3	4,6	4,6	5,4	3,8
40–49 lat	16,1	16,9	15,3	15,9	17,2	14,8
50–54 lat	10,4	10,1	10,7	15,3	15,3	15,2
55–59 lat	15,3	15,7	15,0	12,7	13,6	11,9
60–64 lat	15,5	16,7	14,4	12,2	13,0	11,5
65–69 lat	13,2	13,3	13,1	11,9	11,6	12,2
70 lat i więcej	20,8	17,0	24,5	23,7	19,2	27,9
Wykształcenie:						
wyższe	4,3	4,1	2,9	4,3	4,6	4,0
średnie zawodowe	11,4	13,2	11,3	13,1	14,5	11,9
średnie ogólne	5,4	4,4	6,3	5,5	3,6	7,2
zasadnicze zawodowe	19,7	24,2	15,3	24,2	31,6	17,3
podstawowe	48,3	44,9	51,5	45,2	39,1	50,9
bez podstawowego	11,0	9,2	12,7	7,6	6,5	8,7
Pracuje zawodowo						
tak	17,8	22,8	15,9	15,6	19,8	11,6
nie	82,2	77,2	84,1	84,4	80,2	88,4
Miejsce zamieszkania						
wieś	46,6	48,3	45,0	48,6	49,5	47,8
miasto	53,4	51,7	55,0	51,4	50,5	52,2

Źródło: A.Ostrowska, J.Sikorska, na podstawie wyników badań modułowych na temat sytuacji osób niepełnosprawnych przeprowadzonych przez GUS w ramach Badań Aktywności Ekonomicznej Ludności

Z punktu widzenia interesującej nas tu kwestii, a więc czynników sprzyjających integracji społecznej, warto wskazać na pewne istotne, pozytywne trendy, które zarysowały się w ostatnich latach. Dotyczą one zmian w strukturze wykształcenia osób niepełnosprawnych. Pomimo faktu, że ciągle przedstawia się ona mniej korzystnie niż w populacji generalnej, widać powolny przyrost odsetków osób z wyższym i średnim wykształceniem, a także z wykształceniem zawodowym. W tym ostatnim przypadku nie wiemy jednak na ile uzyskiwane kwalifikacje zawodowe były zgodne z potrzebami rynku, a tylko wtedy przyrost ten byłby powodem do zadowolenia.

1.2. Osoby niepełnosprawne prawnie – rodzaj ograniczeń

Struktura ograniczeń i przyczyny niepełnosprawności w zasadzie nie podlegają zmianom. Zarówno w roku 1995, jak i w roku 2000 głównymi czynnikami sprawczymi niepełnosprawności są choroby układu krążenia i schorzenia narządu ruchu, a następnie schorzenia neurologiczne. Zmniejszył się nieco odsetek osób niepełnosprawnych z powodu chorób krążenia, co można uznać za efekt kampanii profilaktycznych, jakie miały miejsce w ostatnich latach. Bardziej widocznej zmianie uległa struktura orzeczeń dotyczących stopnia niepełnosprawności. W ciągu analizowanego okresu pięciu lat wzrósł o niemal 6% udział osób posiadających orzeczenie o znacznym stopniu inwalidztwa (I grupa i równoważne).

Trudno jednak powiedzieć, na ile przyrost ten był funkcją autentycznego wzrostu liczby osób najczęściej poszkodowanych, a na ile zmian w systemie orzecznictwa, które dokonały się w tym czasie. Poniższa tabela ukazuje charakterystykę ograniczeń osób niepełnosprawnych prawnie w latach 1995 i 2000.

Tabela 2. Przyczyny, stopień i rodzaj niesprawności (dane w %).

Wyszczególnienie	1995	2000
Ogółem	100,0	100,0
Od ilu lat jest niepełnosprawny:		
do 2 lat	13,3	7,66
3–5 lat	24,9	14,9
6–10 lat	22,2	26,7
11–15 lat	19,0	18,1
16–20 lat	9,3	14,8
21 lat lub więcej	11,2	18,0
Rodzaj ograniczeń funkcjonowania:		
ruchowe, inne fizyczne	87,5	85,2
umysłowe lub psychiczne	5,4	5,9
ruchowe, fizyczne i umysłowo-psychiczne	7,1	8,9
Rodzaj deficytów–schorzeń:*		
narządy ruchu	39,4	40,2
wzrok	11,2	12,2
słuch	7,0	5,9
układ krążenia, w tym serce	44,5	41,4
psychiczne	3,8	4,7
upośledzenie umysłowe	2,8	2,8
neurologiczne	21,3	23,8
inne	16,8	15,3
Przyczyna niepełnosprawności:		
uszkodzenie, schorzenie wrodzone	5,4	6,5
choroba	80,8	80,8
wypadek, uraz, zatrucie	13,8	12,7
Orzeczonego stopień niepełnosprawności:		
znaczny (I grupa i równoważne)	16,9	22,8
umiarkowany (II grupa i równoważne)	37,7	36,0
lekki (III grupa i równoważne)	45,4	41,2
w tym: bez ustalonej grupy (w rolnictwie)	3,4	5,4

*Badani wskazywali na więcej niż jedno schorzenie (odsetki odpowiedzi nie sumują się do stu).

Źródło: jak wyżej

2. Niepełnosprawni na rynku pracy

Przeważająca większość osób niepełnosprawnych jest bierna zawodowo. Według danych BAEL odsetek niepracujących osób niepełnosprawnych wzrósł w latach 1995–2000 o 3% (z 78% do 81%). W roku 2000 współczynnik aktywności zawodowej, jak i wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych był prawie trzykrotnie niższy niż dla ludności ogółem.

Tabela 3. Aktywność zawodowa osób z orzeczoną niepełnosprawnością (w wieku 15 lat i więcej) i stopa bezrobocia w latach 1995 i 2000 r.

Wyszczególnienie	1995	2000*
Liczba osób niepełnosprawnych prawnie (>15 lat) ogółem (w tys.):	4.440	4.531
osoby bierne zawodowo (w tys.)	3.464	3.662
osoby aktywne zawodowo (w tys.)	976	869
w tym:		
osoby pracujące razem (w tys.)	843	711
w tym w zakładach pracy chronionej (w tys.)	98	250
bezrobotni (w tys.)	133	158
Współczynnik aktywności zawodowej (w %)	22,0	19,2
Wskaźnik zatrudnienia (w %)	19,0	15,7
Stopa bezrobocia (w %)	13,6	18,1

*dane z I kwartału

Źródło: Barczyński A., Zakłady pracy chronionej w polskim systemie rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych, Warszawa 2001, s. 42.

Porównawcza analiza struktury niepełnosprawnych osób pracujących zawodowo w roku 2000 wskazuje, że 2/3 tych osób posiada lekki stopień niepełnosprawności (III grupa i równoważne) i że są to w przeważającej większości mężczyźni (62,4%). Także stopa bezrobocia (niższa dla mężczyzn) wskazuje na relatywnie większą łatwość uzyskania przez nich pracy. Rodzaj niepełnosprawności osób pracujących jest generalnie zgodny ze strukturą niepełnosprawności w ogóle, choć w kilku przypadkach widoczne jest niedoreprezentowanie pewnych kategorii. Dotyczy to niepełnosprawnych z powodu: chorób psychicznych, upośledzenia umysłowego, głuchoty i schorzeń neurologicznych.

Większość wśród nielicznych osób niepełnosprawnych zawodowo czynnych zatrudniona była na otwartym rynku pracy – 64,9%, a w zakładach pracy chronionej – 29,2%. Warto odnotowania jest także fakt, że osoby aktualnie bierne zawodowo w zasadzie nie poszukują pracy (99,5%).

3. Materialne warunki życia

Ostatnie lata charakteryzowały się pogorszeniem się sytuacji materialnej rodzin z osobą niepełnosprawną. W latach 1998–2001 odsetek niepełnosprawnych żyjących poniżej minimum egzystencji wzrósł niemal dwukrotnie, bo z 8% do 14,2%. Pogorszenie sytuacji materialnej jest także widoczne przy zastosowaniu kryterium relatywnej granicy ubóstwa (z 21,7% do 23,7%). W szczególnie trudnej sytuacji są te gospodarstwa, dla których podstawą egzystencji są świadczenia rentowe nie poparte dochodami z pracy czy nawet przeciętnie wyższej emerytury. W roku 2002 przeciętna renta z tytułu niezdolności do pracy wynosiła 847 zł brutto miesięcznie i była o 20% niższa od przeciętnej emerytury, która wynosiła

1177 zł. W tym samym roku przeciętne wynagrodzenie brutto wynosiło 2133 zł, a więc renta stanowiła tylko 40% tego wynagrodzenia (GUS 2003).

Porównanie niezaspokojonych potrzeb w 1995 r. i 2000 r. (Sikorska 2002) wskazuje, że nasiliło się występowanie problemów związanych z brakiem środków na niezbędne leki i leczenie. Odsetek uskarżających się wzrósł tu z 32,9% do 51,5%. Wśród grupy gospodarstw najbiedniejszych niepełnosprawnych (20% z najniższym dochodem na osobę) o braku środków na leczenie mówi nawet 67% osób. Sytuacja ta w sposób oczywisty wpływa niekorzystnie na możliwości funkcjonowania osób niepełnosprawnych z co najmniej dwóch powodów. Zależy ono w dużym stopniu od właściwej opieki medycznej, a w związku z wysokim miejscem, jakie zajmują problemy zdrowia w hierarchii wartości osób niepełnosprawnych, ich niezaspokojenie powoduje silny stres i niepokój. W tej samej najniższej grupie dochodowej co trzecia osoba mówi o braku pieniędzy na środki ortopedyczne i pomoce techniczne, a co siódme gospodarstwo zalega z opłatami za mieszkanie i energię. Braki środków finansowych były także powszechnie odczuwane w związku z wydatkami na wypoczynek i kulturę.

Jeśli chodzi o dochody osób niepełnosprawnych pracujących zawodowo w okresie 1995–2000 uległy one postępującemu zróżnicowaniu. Porównanie średniej płacy wybranych kategorii z przeciętną płacą ogółu niepełnosprawnych wskazuje, że zwiększyły się różnice w przeciętnych zarobkach mężczyzn i kobiet na niekorzyść tych ostatnich. Poprawiły się względnie zarobki najmłodszych osób niepełnosprawnych (20–29 lat), a wyraźnej poprawie uległy zarobki osób mających wyższe wykształcenie. Jeśli chodzi o sektor publiczny i prywatny, to w tym pierwszym przeciętne zarobki uległy poprawie, natomiast w drugim – obniżeniu. Malejącą tendencję zarobków odnotowano też w zakładach pracy chronionej, podczas gdy w pozostałych zakładach zarobki kształtowały się korzystniej (Ostrowska, Sikorska 2003).

4. Potencjał pomocowy rodzin

Ostatnie oszacowania potencjału pomocowego rodzin dokonane na ogólnopolskiej próbie reprezentacyjnej osób niepełnosprawnych pochodzą sprzed dziesięciu lat (Ostrowska, Sikorska 1996). Wskazywały one wówczas na powszechność i niemal wyłączność rodzinnego modelu sprawowania opieki i wspierania osób niepełnosprawnych. Od pomocy rodziny uzależnionych było 96% osób potrzebujących. Nie znaczy to oczywiście, że potencjał rodzinny do oferowania pomocy był zawsze wystarczający; w konsekwencji w różnej mierze przyczyniał się do niwelowania barier stojących przed osobami niepełnosprawnymi.

Najczęściej zadeklarowany deficyt odnosił się do braku wystarczających środków materialnych (81%). Tylko w co piątym gospodarstwie domowym uznano więc te warunki za wystarczające. Brak czasu, jako przeszkodę we właściwym wspomaganie osoby niepełnosprawnej, wskazało 59% rodzin, a brak umiejętności potrzebnych do sprostania różnym zadaniom związanym z funkcjonowaniem osoby niepełnosprawnej wskazało 58% rodzin. Inne sygnalizowane trudności to brak odpowiedniego wyposażenia mieszkań i takiej aranżacji najbliższego otoczenia, które umożliwiłyby zwiększenie samodzielności osób niepełnosprawnych oraz zbyt mały zakres, dostępność i nieodpowiednia jakość usług opiekuńczych, także poradnictwa rodzinnego i wychowawczego.

Deficyty potencjału pomocowego rodzin były w przeważającej mierze uzależnione od rozmiaru ograniczeń podopiecznego i związany z tym zakresem niezbędnej pomocy, ale także były wypadkową statusu materialnego i mieszkaniowego rodziny. W przypadku 1/3 rodzin z osobą niepełnosprawną stwierdzono zakłócenia w codziennym funkcjonowaniu i przebiegu kolejnych faz cyklu życia rodziny.

5. Integracja w czasie wolnym

W badaniu zrealizowanym w 1999 r. (Ostrowska, Sikorska, Gąciarz 2001) ponad połowa badanych osób niepełnosprawnych oceniła stosunek innych ludzi do siebie jako generalnie pozytywny lub obojętny. Bardzo liczne były jednak także głosy wskazujące na powszechną znieczulicę lub wręcz niezyczliwość (29,1%). Pomimo przytaczania różnych negatywnych doświadczeń w kontaktach ze zdrowymi osobami, tylko nieliczne osoby preferują towarzystwo innych osób niepełnosprawnych.

Analiza budżetów czasu osób niepełnosprawnych wskazuje jednak, że czas spędzony z innymi ludźmi to przede wszystkim czas spędzony z członkami rodziny podczas wykonywania różnych zajęć domowych. Większość codziennego wolnego czasu upływa osobom niepełnosprawnym na oglądaniu telewizji (89%); przeciętny czas przeznaczony na telewizję to 3,5–4 godziny. Tylko ok. 1/3 osób niepełnosprawnych pozostawała w łączności z sąsiadami czy znajomymi i tylko połowa stwierdzała, że ma wokół siebie ludzi, których lubi. Dni świąteczne osób niepełnosprawnych niewiele różnią się od dni codziennych. Dodatkową aktywnością dla osób, którym sprawność na to pozwala, jest wyjście do kościoła lub czasem odwiedziny krewnych i znajomych (ok. 50%). Kontakty towarzyskie z innymi ludźmi (wizyty, pogawędki, spotkania) są nieco częściej udziałem mężczyzn niż kobiet; życie tych ostatnich raczej koncentruje się wokół różnych zajęć domowych. Intensywności kontaktów z innymi ludźmi sprzyja wyższy poziom wykształcenia, lepsza sytuacja materialna

i, co zrozumiałe, mniejsze ograniczenia sprawności. Ogólny obraz, jaki ukazuje się przy analizie czasu wolnego większości osób niepełnosprawnych, to monotonia codzienności, przewaga biernego odpoczynku i niewielki zakres kontaktów międzyludzkich.

Badania nad stosunkiem społeczeństwa polskiego do osób niepełnosprawnych wskazują, że częstość i intensywność kontaktów z osobami niepełnosprawnymi sprzyja akceptacji społecznej i prointegracyjnym nastawieniom. Dają one szansę na poznanie poprzez osobiste doświadczenie zalet i możliwości osób niepełnosprawnych, które kryją się pod zewnętrznym wizerunkiem naruszonego czy niesprawnego ciała. Poprzez kontakty osobiste mogą być zawierane głębsze znajomości, przyjaźnie, związki uczuciowe, wreszcie zawierane małżeństwa i zakładane rodziny. Możliwość włączania osób niepełnosprawnych w życie społeczne poprzez rodzinę i małżeństwo jest niezwykle ważnym aspektem integracji.

6. Problem automarginalizacji

Aby naświetlić problem automarginalizacji musimy znowu cofnąć się do roku 1993, bowiem nie mamy bardziej aktualnych informacji. W badaniu tym za jeden ze wskaźników osłabienia motywacji przyjęto brak celów i zamierzeń życiowych, brak dążności do poprawy swojej sytuacji życiowej, bierność. Co piąta osoba niepełnosprawna deklarowała brak jakichkolwiek celów i dążeń życiowych, a dla wielu osób jedynymi celami godnymi osiągnięcia była poprawa stanu zdrowia i posiadanie lepszych warunków życia (na ogół wyższej renty). Tylko niespełna co trzecia osoba wskazała, że ma jakiś konkretny plan życiowy do zrealizowania. Co czwarty badany (głównie mężczyźni) nie wykazywał żadnej aktywności – nawet w odniesieniu do wykonywania stałych obowiązków domowych. Wśród tych, którzy zadeklarowali potrzebę rehabilitacji zawodowej, 70% nie czyniło żadnych starań, aby ją uzyskać. Osoby niepełnosprawne charakteryzowało też niejednokrotnie swoiste poczucie zagubienia; wiele z nich nie znało swoich uprawnień, nie wiedziało o istnieniu organizacji pozarządowych reprezentujących ich interesy, nie znało procedur i instytucji powołanych do rozwiązywania ich problemów, a jeśli nawet znali, to ich oczekiwania związane ze sposobem traktowania ich jako klientów były minimalistyczne.

Trzeba niestety też wskazać, że postawa taka jest umacniana przez pracowników wielu instytucji (Ostrowska, Sikorska, Gąciarz 2001). Nie starają się oni traktować problemów osób niepełnosprawnych w sposób bardziej kompleksowy i udzielać pomocy czy choćby informacji przekraczającej rutynowe ramy wyznaczone dla konkretnych spraw czy procedur. Losy osób niepełnosprawnych nie umiejących zająć aktywnej postawy wobec własnych problemów są więc często uzależnione od stosunku pracowników do tych osób. Trudno w tej

sytuacji mówić nie tylko o współpracy z osobami niepełnosprawnymi, ale w ogóle o rozpoznawaniu problemów i potrzeb tego środowiska.

7. Postawy społeczne w stosunku do osób niepełnosprawnych

Pomimo tego, że w ostatnich latach uczyniono wiele w celu usuwania barier architektonicznych, instytucjonalnych i prawnych, ciągle jeszcze sporo trzeba zrobić jeśli chodzi o bariery mentalne i świadomościowe, utrudniające faktyczną integrację wprowadzaną przez politykę społeczną za pomocą instrumentów administracyjno-prawnych. Osoby niepełnosprawne są u nas ciągle jeszcze zbiorowością w znacznym stopniu izolowaną społecznie. Posługując się wynikami badań z lat 1978, 1993 i 2000 możemy powiedzieć, że istnieje stała grupa osób (ok. 20%), która nie tylko nie ma żadnych kontaktów z osobami niepełnosprawnymi, ale nawet nie zna takich osób z widzenia. Jako pozytywną tendencję należy jednak odnotować stały wzrost proporcji osób, które zaliczają osoby niepełnosprawne do grona swoich znajomych czy przyjaciół (odpowiednio 23%, 34% i 43%).

Wzrasta też częstość akceptacji dla tworzenia rozwiązań integracyjnych w odniesieniu do zatrudnienia osób niepełnosprawnych na otwartym rynku pracy, mieszkalnictwa czy wspólnego spędzania wolnego czasu. Ta w miarę powszechna aprobata dla rozwiązań integracyjnych nie zawsze jednak przekłada się na tendencję do interpersonalnych kontaktów czy angażowania się w pomoc osobom niepełnosprawnym. Chętniej wskazuje się inne osoby czy instytucje, które powinny wspomagać osoby niepełnosprawne, niż deklaruje własną gotowość.

W sferze kontaktów osobistych widać niezmiennie wyraźne zróżnicowanie odczuwanych dystansów w zależności od rodzaju choroby czy kalectwa. Najsilniejsze negatywne reakcje budzi tu upośledzenie umysłowe i choroba psychiczna. Jest to wskazówką, że integracja społeczna tych osób musi być wspomagana działaniami celowymi, gdyż raczej nie będzie się dokonywać w sposób spontaniczny.

W dominującym stereotypie społecznym jest wiele cech przypisywanych osobom niepełnosprawnym (słabość, wycofywanie się, niepewność siebie, nerwowość, niezadowolenie z życia etc.), które bardziej kojarzą się z potrzebą współczucia i opieki, niż możliwością samodzielnego życia, dążnością do samorealizacji i sukcesu życiowego. Na zasadzie błędnego koła wzmacniają one tendencje automarginalizacyjne, które obserwujemy u pewnej części osób niepełnosprawnych. Niektóre organizacje pozarządowe osób niepełnosprawnych próbują zmienić ten wizerunek. Warto tu odnotować kampanie społeczne

„Czy naprawdę jesteśmy inni?” czy „Niepełnosprawni – normalna sprawa” prowadzone przez Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji.

Wykorzystane badania:

A. Ostrowska, J. Sikorska: *Syndrom niepełnosprawności w Polsce. Bariery integracji*. Wydawnictwa IFiS PAN, Warszawa, 1996

A. Ostrowska, J. Sikorska, B. Gąciarz: *Osoby niepełnosprawne w Polsce w latach dziewięćdziesiątych*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa, 2001

J. Sikorska (red): *Spoteczne problemy osób niepełnosprawnych*. Wydawnictwa IFiS PAN, Warszawa, 2002

A. Ostrowska, J. Sikorska: *Zjawisko i zakres niepełnosprawności w Polsce. Niepełnosprawność jako czynnik ekсклюzy z rynku pracy*. Opracowanie wykonane dla Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych. Warszawa, 2003

GUS: *Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe*. Część I. Warszawa, 2003