

„Chowanna”	Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego	Katowice 2004	R. XLVII (LX)	T. 1 (22)	s. 95–114
------------	--	---------------	------------------	--------------	-----------

Jerzy STOCHMIAŁEK

Teoria oraz praktyczne aplikacje przezwyciężania barier integracji osób dorosłych niepełnosprawnych

Najważniejsze problemy w zaspokajaniu potrzeb, jakie wystąpić mogą u każdego człowieka, a zwłaszcza u osób niepełnosprawnych, można w przybliżeniu sprowadzić do następujących:

- poruszanie się w przestrzeni,
- porozumiewanie się z innymi ludźmi,
- zdobywanie kwalifikacji do wykonania zawodu i zdobywania środków utrzymania,
- troska o własne zdrowie i o zaspokajanie potrzeb zdrowotnych rodziny,
- wpływ na sprawy publiczne w zakresie politycznym czy gospodarczym,
- uczestnictwo w odbiorze i tworzeniu dóbr kultury.

Niepełnosprawność pociąga za sobą szereg problemów. Począwszy od leczniczych, na które składa się dostępność środków medycznych, wprowadzanie i rozwój nowych technologii i metod leczniczych, możliwości finansowania przez osobę niepełnosprawną kosztów leczenia; poprzez psychologiczne, związane z kwestią zaakceptowania swej odmienności, pogodzenia się z losem; zawodowe – brak pracy, trudności w przekwalifikowaniu; wreszcie trudności natury społecznej – bariery architektoniczne i urbanistyczne uniemożliwiające lub utrudniające kontakty z innymi ludźmi, a także występowanie negatywnych stereotypów w najbliższym środowisku.

Przewycięzanie barier w życiu osób dorosłych niepełnosprawnych

Zakres znaczeniowy pojęcia bariera (fr. *barrière*) wskazuje na przegrodę zamykającą albo odgradzającą drogę, teren, chroniącą przed niebezpieczeństwem lub utrudniającą przebycie drogi (*Słownik wyrazów obcych PWN*, s. 69).

Biorąc pod uwagę kryterium poziomu organizacyjnego mającego wpływ na występowanie trudności w funkcjonowaniu osób dorosłych niepełnosprawnych, możemy w tym artykule wyodrębnić bariery:

- o charakterze globalnym (skuteczność działań organizacji ponadnarodowych, np. Światowej Organizacji Zdrowia – WHO, czy Międzynarodowej Organizacji Pracy – ILO),
- wynikające z przyjętych rozwiązań w ramach Unii Europejskiej, zwłaszcza w takich instytucjach, jak: Komisja Europejska, Rada Unii Europejskiej, Parlament Europejski, Komitet Ekonomiczno-Społeczny i Komitet Regionów,
- w polityce władz państwowych realizowanej zgodnie z rozwiązaniami natury prawnej i ekonomicznej,
- w środowisku lokalnym z uwzględnieniem infrastruktury gospodarczej oraz aktywności lokalnych organizacji pozarządowych NGO,
- w sprawnym funkcjonowaniu organizacji i instytucji świadczących pomoc osobom niepełnosprawnym, np. placówek służby zdrowia, domów pomocy społecznej czy zakładów pracy chronionej,
- w środowisku rodzinnym (rodzice, rodzeństwo, dzieci, krewni) i grupie koleżeńskej,
- tkwiące w osobie niepełnosprawnej, np. brak wiary we własne możliwości, niska samoocena, nieśmiałość, niski poziom kompetencji społecznych, ale także niski poziom wykształcenia czy dostępność środków finansowych.

Uwzględniając jako kryterium rodzaj trudności, możemy wyodrębnić bariery natury politycznej, ekonomicznej, medycznej, psychologicznej, społecznej czy też technicznej.

Osoby dorosłe niepełnosprawne, funkcjonując w społeczeństwie w interakcjach z innymi ludźmi, znajdują się zarówno w sytuacjach sprzyjających, jak i w sytuacjach trudnych: deprivacji, przeciążenia i zagrożenia. We współczesnym świecie nastawienia na wartości utylitarne, konkurencja i trudna sytuacja na rynku pracy stwarzają wiele barier osobom niepełnosprawnym, często słabiej broniącym swych praw. Funkcjonowanie tych osób w podstawowych rolach społecznych związane jest z różnego rodzaju pomocą i wsparciem społecznym potrzebnym do pokonania barier, np. psychologicznych czy archi-

tektonicznych jako aktualnym wyzwaniu. Poprzez normalizację podstawowych sfer życia osób dorosłych niepełnosprawnych (praca, rodzina, mieszkanie, edukacja, spędzanie wolnego czasu) stworzone zostają szanse zapewnienia wysokiego poziomu jakości ich życia.

W analizach teoretycznych jakość życia bywa sprowadzana do szeregu obiektywnych czynników, takich jak stan zdrowia, sytuacja rodzinna, poziom wykształcenia, wysokość dochodów, posiadanie pewnych dóbr czy uprawnień, trwałość i bliskość więzi z innymi ludźmi, ale także dostęp do informacji, sąsiedztwo, bezpieczeństwo publiczne, sytuacja ekonomiczna w kraju i społeczności lokalnej (por. m.in. Błęszyńska, 1999; Radziejewicz-Winnicki, 2002; Syrek, 1999; Trzebińska, 2002; Wiktor, 2001). Za szczególnie istotne kryterium jakości życia przyjmuje się subiektywną ocenę różnych elementów własnej sytuacji, która wyraża się w określonych stanach emocjonalnych i przekonaniach. Tak rozumiana jakość życia jest rozpatrywana przez różne dyscypliny, np. ekonomię, nauki medyczne. Międzynarodowe Towarzystwo Badań nad Jakością Życia (The International Society for Quality of Life Research – ISOQOL) z siedzibą w USA stwierdza w tekście swojej misji, że promuje badania naukowe nad jakością życia oraz kwestiami związanymi ze zdrowiem i opieką zdrowotną, przeprowadzane w rygorystycznych standardach metodologicznych.

Charakterystyka wyznaczników jakości życia osób niepełnosprawnych może się koncentrować na wymiarze jednostkowym uwzględniającym analizę biograficzną indywidualnego przypadku. Orientacja podmiotowa ukształtowana dzięki humanistycznym koncepcjom psychologicznym oraz personalistycznej koncepcji człowieka sprzyja poszukiwaniu wiedzy na temat jakości życia osób z różnego rodzaju dysfunkcjami. Możliwe jest także skoncentrowanie się na zapewnieniu jakości produkcji i usług oferowanych osobom niepełnosprawnym w toku rehabilitacji. Znaczące miejsce może tu zajmować na przykład analiza standardu obowiązujących podstawowych usług świadczonych przez domy pomocy społecznej dla osób niepełnosprawnych albo systemu jakości w zakładzie pracy chronionej zatrudniającym osoby niepełnosprawne.

Różne rodzaje dysfunkcji mogą występować oddzielnie lub we wzajemnym powiązaniu w różnych konfiguracjach, przy czym warto podkreślić, że granice między dysfunkcjami są dość płynne. Stopień, w jakim utrudniają one funkcjonowanie osobie niepełnosprawnej, jest – zdaniem H. Bacha (1985, s. 9 i nast.) – relatywny w aspekcie:

- subiektywnym (poszczególne osoby mogą taką samą niepełnosprawność odczuwać słabiej lub mocniej),
- społecznym (tę samą niepełnosprawność inaczej oceniają różne grupy społeczne),

- sytuacyjnym (dotyczącym różnych sytuacji życiowych, związanych z pełnieniem ról społecznych),
- czasowym (w miarę upływu czasu niepełnosprawność może być mniej lub bardziej uciążliwa).

Możliwości i ograniczenia osób o różnych rodzajach i stopniach niepełnosprawności warunkują w znacznym stopniu ich aktywność zawodową. Można tu wskazać na osoby:

- z niepełnosprawnością sensoryczną (niewidome i słabowidzące, niesłyszące i słabosłyszące, głuchoniewidome),
- z niepełnosprawnością fizyczną (z uszkodzonym narządem ruchu, z przewlekłymi schorzeniami narządów wewnętrznych),
- z niepełnosprawnością psychiczną (umysłowo upośledzone z niesprawnością intelektualną, psychicznie chore z zaburzeniami osobowości i zachowania),
- z niepełnosprawnością złożoną (dotknięte więcej niż jedną niepełnosprawnością).

Jak zauważa F. Wojciechowski (2003), określona dysfunkcja jest pewnym zjawiskiem w sferze społecznej. Takie rozumienie zastępuje wewnętrzny punkt widzenia spojrzeniem zewnętrznym, zorientowanym pośrednio na aspekty doświadczenia osoby niepełnosprawnej. Ponadto osoba niepełnosprawna egzystuje w różnych obszarach przestrzeni życiowej o złożonym charakterze kontekstu ludzkiego, może napotykać w związku z tym na wielorakie utrudnienia. Daje się wyróżnić obiektywny i subiektywny wymiar utrudnień. Pierwszy zasadniczo sprowadza się do rozmiarów sytuacji trudnej przez pryzmat indywidualnego i społecznego wsparcia ze strony instytucji rehabilitacyjnych i środowiskowej sieci zabezpieczeń socjalnych; drugi odnosi się do sposobu definiowania własnej sytuacji, a także istnienia barier – nie tylko natury technicznej, ale przede wszystkim organizacyjnych, społecznych i psychologicznych. Z tej jakby społeczno-kulturowej orientacji upośledzenia jawi się ono nie jako wewnętrzna cecha osobowości, lecz jako specyficzny przypadek interakcji z otoczeniem, w którym określone cechy stają się wadami w obliczu specyficznego zbioru wymagań (Gustavsson, Zakrzewska-Manterys, 1997). W pewnym uproszczeniu można powiedzieć, że człowiek staje się niepełnosprawny wówczas, gdy tak zostanie określony w rezultacie reakcji społecznej. Nie bez znaczenia pozostają funkcjonujące stereotypy czy obiegowe opinie na temat cech jednostkowych, ujęte w specyficznym zniekształconym zwierciadle. Co więcej, znaczenie stereotypów w podejściu otoczenia społecznego do osób określanych jako inne, nietypowe wydaje się szczególne, a konsekwencje dla tak naznaczonych mogą być wyjątkowo bolesne.

W dzisiejszym ujęciu rehabilitacja osób dorosłych niepełnosprawnych nie powinna ograniczać się do problematyki medycznej i leczenia, ale winna też dotyczyć wszystkich skutków, które pojawiły się wraz z uszkodzeniem zdrowia, i ich przyczyn. Ważne są reakcje psychiczne dorosłego, stanowiące nieraz

barierę trudną do pokonania, oraz następstwa rodzinne, zawodowe i edukacyjne niepełnosprawności.

Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności stanowi podstawę do korzystania przez osobę niepełnosprawną z ulg i uprawnień, wynikających z odrębnych przepisów; dotyczy najistotniejszych spraw życiowych osoby, związanych z jej funkcjonowaniem w rodzinie, w środowisku, w społeczeństwie, dlatego też jest skoncentrowane nie na dysfunkcjach i ubytkach, lecz na możliwościach i zdolnościach osoby z naruszoną sprawnością organizmu. W orzeczeniu o zaliczeniu do odpowiedniego stopnia niepełnosprawności powinny się znaleźć wskazania dotyczące: szkolenia i zatrudnienia odpowiedniego do psychofizycznych możliwości, korzystania z odpowiednich form rehabilitacji, uczestnictwa w terapii zajęciowej, potrzeby korzystania ze świadczeń pomocy społecznej lub systemu instytucjonalnych usług socjalnych albo środowiskowego wsparcia w codziennej egzystencji.

Osoby niepełnosprawne mają w znacznym stopniu (np. z powodu złożonych dysfunkcji fizycznych, barier architektonicznych, niesprawności systemu oświatowego) ograniczone możliwości realizowania swoich aspiracji edukacyjnych. Efektem istnienia różnorodnych barier są znaczne dysproporcje w poziomie wykształcenia między osobami pełno- i niepełnosprawnymi. Upowszechnienie idei edukacji integracyjnej stanowi swoiste wyzwanie rzucone systemowi edukacyjnemu, realizowanemu m.in. na poziomie szkoły wyższej. System kształcenia integracyjnego na poziomie studiów wyższych wprowadza wiele krajów, uznając, że jest to celowy i efektywny kierunek działania z punktu widzenia osoby dorosłej niepełnosprawnej oraz ze względów ekonomicznych (Stochmiałek, 2001).

Stosownie do zasad integracji funkcjonalnej zaznacza się tendencja do realizacji kształcenia integracyjnego w masowych placówkach edukacyjnych oraz do zatrudniania osób dorosłych niepełnosprawnych w warunkach zbliżonych do tych, w jakich pracują osoby pełnosprawne. Często spotyka się zatrudnianie osób niepełnosprawnych na stanowiskach specjalnie dobranych i dostosowanych do możliwości psychofizycznych pracownika, tzw. zatrudnienie na stanowiskach pracy chronionej w zakładach pracy lub też w zakładach pracy chronionej albo wykonywanie pracy nakładczej w domu.

Nowe technologie pozwalają przekraczać bariery środowiskowe i tkwiące w osobie niepełnosprawnej. Przekraczają te bariery na wiele sposobów. Idea zdalnego zatrudnienia (telezatrudnienia, telepracy) stwarza szanse na zatrudnienie wielu dorosłych osób niepełnosprawnych na otwartym rynku pracy zarówno dlatego, że praca nabiera coraz bardziej elastycznego charakteru, jak również ze względu na ograniczenie problemu dojazdu do pracy.

Postrzeganie rzeczywistości, w jakiej żyją osoby niepełnosprawne, przez pryzmat barier dominuje w wielu diagnozach i ekspertyzach ostatnich lat.

Konieczność usuwania tych barier jest niezbędnym warunkiem integracji osób niepełnosprawnych z resztą społeczeństwa. Niezmiennie istotne jest tu – zdaniem Ostrowskiej (2003) – systemowe tworzenie płaszczyzn tej integracji, wśród których szczególną rolę pełni edukacja. Stanowi to istotne wyzwanie dla polityki społecznej – wymaga działań legislacyjnych, organizacyjnych, nakładów finansowych, a także odpowiedniej działalności edukacyjnej, nastawionej na kreowanie prointegracyjnych postaw społecznych. Jednocześnie jednak trudno sobie wyobrazić, aby istotne zmiany mogły się dokonać bez udziału samych osób niepełnosprawnych. Nie chodzi przy tym wyłącznie o aktywny udział organizacji pozarządowych w kształtowaniu przyszłych integracyjnych rozwiązań, ale o aktywizację indywidualnych osób niepełnosprawnych. Ich bierność, bezradność, akceptacja upośledzonego statusu prowadzi niejednokrotnie do automarginalizacji i postaw obronnych. Analiza sytuacji ludzi niepełnosprawnych z perspektywy ich dorastania i dorosłości zachęca autorkę do wyodrębnienia jeszcze jednej bariery – bariery wynikającej z ograniczeń kompetencji społecznych, niezbędnych do właściwego pełnienia różnorodnych ról w społeczeństwie. Brak zarówno odpowiednich aspiracji, jak i kompetencji niejako zatrzymuje osoby niepełnosprawne w ich rozwoju społecznym, a zatem w procesie ich dorastania i dojrzewania.

Jednak w sytuacji wielu osób niepełnosprawnych mamy do czynienia z poważnymi ograniczeniami możliwości funkcjonowania, niekiedy pogłębiającymi się. Wielu osobom na co dzień towarzyszy ból i cierpienie, często są przygnębione lub załamane swoją sytuacją (Ostrowska, Sikorska, 1996). Oczekiwanie od nich mobilizacji i aktywności może się tym samym wydawać nie tylko mało realne, ale i bezduszne, tym bardziej że ani pomoc systemu, ani aktywność samych niepełnosprawnych nie są w stanie przywrócić utraconych części ciała czy utraconych funkcji. Praktyka społeczna dostarcza także przykładów ogromnej aktywności osób niepełnosprawnych, które mimo poważnego kalectwa odnoszą sukcesy w pracy, życiu prywatnym i publicznym. Mimo niewątpliwie dużych kosztów osobistych mogą być osobami w pełni się realizującymi.

W perspektywie teoretycznej rozważania te mieszczą się w nurcie poszukiwania właściwych proporcji między indywidualnym (zwanym także medycznym) a społecznym modelem niepełnosprawności (Ostrowska, 2002, 2003; Kirenko, 2001). Ostatnie programy działań na rzecz osób niepełnosprawnych jednoznacznie eksponują ten drugi model. Na pierwszy plan, słusznie zresztą, wysuwają się tym samym ograniczenia środowiska społecznego i materialnego, podkreśla się stygmatyzujące funkcje stereotypów społecznych i instytucji społecznej kontroli. Modele teoretyczne mają jednak to do siebie, że rzadko występują w praktyce w swojej modelowej postaci. W rzeczywistości społecznej mamy raczej do czynienia z koegzystencją różnych elementów wywodzących się z obu modeli. Nie do wyeliminowania są zatem elementy

modelu indywidualnego, takie jak motywacja niepełnosprawnych jednostek i wysiłek na rzecz podjęcia wszelkiego rodzaju działań usprawniających je i zbliżających do funkcjonowania społecznego, zgodnego z ogólnymi wzorami i normami społecznymi (Ostrowska, 2003).

Wspólnota Europejska wobec wykluczenia osób niepełnosprawnych

W Unii Europejskiej podejmuje się liczne prace nad budową koncepcji włączania osób niepełnosprawnych do pełnej aktywności społecznej i zawodowej (por. m.in. Wyczasany, Gajdzica, red., 2003; Hulek, red., 1992; Wapiennik, Piotrowicz, 2002).

Po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej będziemy zobowiązani do implementacji prawa Unii Europejskiej stosownie do wymagań określonych w traktatach. Podkreślono to w traktacie akcesyjnym, podpisanym 16 kwietnia 2003 r. w Atenach. Należy zwłaszcza mieć na względzie szczególnie reżim dotyczący prawa wspólnotowego (*acquis communautaire*), stosownie do którego akty prawa wspólnotowego mogą wywierać skutek bezpośredni w sferze wewnętrznej państw członkowskich, mając w takim przypadku pierwszeństwo przed prawem krajowym (*Zapewnienie...*, s. 5).

Podczas obrad Europejskiego Kongresu na rzecz Osób Niepełnosprawnych (Madryt, 20–24 marca 2002) przyjęto Deklarację zawierającą koncepcyjne ramy działań podejmowanych w roku 2003 (Europejskim Roku Osób Niepełnosprawnych) na poziomie całej Unii Europejskiej oraz na poziomach poszczególnych krajów, regionów i społeczności lokalnych (*Europejski Kongres...*). W *Deklaracji madryckiej* stwierdzono, że Wspólnota Europejska przemierzyła w ciągu minionych dziesięcioleci długą drogę – od filozofii nacechowanej paternalizmem wobec osób niepełnosprawnych do filozofii, której celem jest wzmocnienie ich umiejętności sprawowania kontroli nad własnym życiem. Dawne podejście, oparte głównie na litości i akcentowaniu bezradności osób niepełnosprawnych, jest już obecnie nie do przyjęcia. Działania skoncentrowane na takim rehabilitowaniu jednostki, by pasowała do społeczeństwa, zastępowane są stopniowo ogólną filozofią przekształcania społeczeństwa tak, by włączało się ono i przystosowywało do potrzeb wszystkich ludzi, w tym osób niepełnosprawnych. Osoby te domagają się równych szans i dostępu do wszystkich społecznych zasobów, a więc włączającej edukacji, nowych technologii, służb medycznych i socjalnych, aktywności sportowych i rekreacyjnych oraz dóbr, produktów i usług konsumenckich.

Osoby niepełnosprawne stanowią bardzo zróżnicowaną grupę ludzi i w związku z tym konieczna jest polityka, która będzie tę różnorodność respektować. Szczególnej uwagi wymagają osoby o złożonych, wielorakich potrzebach (*complex dependency needs*), uzależnionych od pomocy innych rodzin. Ludzie ci stanowią często najbardziej zaniedbywaną grupę wśród wszystkich osób niepełnosprawnych. Również niepełnosprawne kobiety oraz niepełnosprawni pochodzący z mniejszości etnicznych doświadczają często dyskryminacji z powodu ich niepełnosprawności, płci lub pochodzenia etnicznego.

Sposób zorganizowania naszego społeczeństwa prowadzi często do tego, że osoby niepełnosprawne nie mogą korzystać w pełni z przysługujących im praw człowieka i są wykluczane z życia społecznego. Istniejące dane statystyczne wskazują, że poziom wykształcenia i zatrudnienia tych osób jest nieakceptowalnie niski. Powoduje to, iż znacznie więcej osób niepełnosprawnych niż sprawnych obywateli żyje w warunkach prawdziwego ubóstwa. Przyczyną dyskryminacji osób niepełnosprawnych są często uprzedzenia, jeszcze częściej jednak zapomnienie o nich lub ignorancja – co tworzy i wzmacnia bariery środowiskowe i bariery w postawach społecznych, uniemożliwiające tym osobom uczestniczenie w życiu społecznym.

My, uczestnicy Europejskiego Kongresu na rzecz Osób Niepełnosprawnych, który odbył się w Madrycie, podzielamy tę wizję i domagamy się, by wszystkie zaangażowane strony uznały rok 2003 – Europejski Rok Osób Niepełnosprawnych za początek procesu, który ją urzeczywistni. 50 milionów niepełnosprawnych Europejczyków oczekuje od nas, że zapoczątkujemy proces, który do tego doprowadzi (*Europejski Kongres...*).

Program zmierzający do realizacji tej wizji uwzględnia zwłaszcza takie składniki, jak:

- środki prawne;
- zmiana postaw;
- służby i usługi promujące niezależne życie;
- wspieranie rodzin, a w tym niepełnosprawnych kobiet;
- włączanie niepełnosprawnych w normalny nurt życia społecznego i zawodowego.

Tak więc należy bezzwłocznie wprowadzić wszechstronne antydyskryminacyjne ustawodawstwo celem usunięcia istniejących barier i przeciwdziałania nowym, np. w sferze edukacji, zatrudnienia czy dostępu do dóbr i usług, które utrudniają osobom niepełnosprawnym pełne uczestnictwo w życiu społecznym i niezależność. Klauzula o niedyskryminowaniu, zawarta w art. 13. traktatu Unii Europejskiej, stwarza taką rzeczywistość prawną, przyczyniając się do powstania prawdziwej Europy bez barier dla osób niepełnosprawnych.

Realizacja celu, jakim jest równy dostęp i pełne uczestnictwo osób niepełnosprawnych w życiu społecznym, wymaga także skanalizowania środków

w taki sposób, by rozwijać ich możliwości i prawa do uczestniczenia w życiu i niezależności. Wiele z tych osób potrzebuje służb i usług wspierających ich w codziennym życiu. Usługi te muszą być wysokiej jakości, dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych i integrujące je ze społeczeństwem, a nie mogą stanowić źródła segregacji. Tego typu wspieranie pozostaje w zgodzie z europejskim modelem solidarności społecznej – modelem uznającym naszą wspólną odpowiedzialność za siebie nawzajem, a zwłaszcza za tych, którzy potrzebują pomocy.

Osoby niepełnosprawne powinny mieć dostęp do powszechnej służby zdrowia, edukacji, służb zawodowych i socjalnych oraz wszystkich innych ofert dostępnych dla osób sprawnych. Wprowadzenie włączającego podejścia do niepełnosprawności i samych osób niepełnosprawnych wymaga wielopłaszczyznowych zmian w aktualnej praktyce. Konieczne jest przede wszystkim doprowadzenie do tego, by służby i usługi dostępne dla osób niepełnosprawnych koordynowane były zarówno w obrębie różnych sektorów, jak i pomiędzy nimi. Kwestia dostępności dla różnych grup osób niepełnosprawnych musi być uwzględniona w procesie planowania różnych działań, a nie dopiero wówczas, kiedy proces planowania zostanie zakończony. Potrzeby osób niepełnosprawnych i ich rodzin są zróżnicowane i ważne jest, by przewidzieć dla nich wszechstronną ofertę uwzględniającą zarówno samą jednostkę, jak i rozmaite aspekty jej życia.

Szczególnych wysiłków wymaga promocja dostępu osób niepełnosprawnych do zatrudnienia, najlepiej na otwartym rynku pracy. Jest to jedna z najważniejszych dróg walki ze społecznym wykluczeniem osób niepełnosprawnych oraz walki o ich godność i niezależne życie. Stosownie do Dyrektywy Rady Unii Europejskiej (*Dyrektywa...*), zapewnienie środków zmierzających do dostosowania miejsc pracy dla osób niepełnosprawnych odgrywa ważną rolę w zwalczaniu dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność. Dyrektywa, nie naruszając obowiązku rozsądnego dostosowania stanowisk pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych, nie wymaga zatrudniania, awansowania, utrzymania w zatrudnieniu lub szkolenia osoby, która nie jest wykwalifikowana, zdolna i gotowa do wykonywania istotnych zadań związanych z danym stanowiskiem pracy lub do przejścia odpowiednich szkoleń.

Wszystkie działania powinny być podejmowane w drodze dialogu i współpracy z odpowiednimi organizacjami reprezentującymi osoby niepełnosprawne. Współpraca ta nie może się ograniczać do odbierania informacji lub wydawania decyzji. Chodzi raczej o to, by na wszystkich szczeblach podejmowania decyzji rządy państw uruchamiały bądź wzmacniały stałe mechanizmy konsultacji i dialogu, umożliwiające osobom niepełnosprawnym, działającym poprzez własne organizacje, włączanie się w planowanie, wdrażanie, kontrolowanie i ewaluację wszystkich podejmowanych działań.

Władze publiczne powinny zachęcać, dawać przykład, dlatego też miałyby być pierwszymi, ale nie jedynymi aktorami w tym procesie. Powinny one m.in.:

- dokonać przeglądu legislacji na poziomie całej Wspólnoty i poszczególnych państw pod kątem zwalczania praktyk dyskryminacyjnych w edukacji, zatrudnieniu i dostępie do dóbr i usług;
- inicjować badania mające na celu ustalenie ograniczeń i barier dyskryminacyjnych, ograniczających pełne uczestnictwo osób niepełnosprawnych w życiu społecznym oraz przedsięwziąć wszelkie niezbędne działania w celu naprawy sytuacji;
- dokonać przeglądu systemu służb i świadczeń socjalnych w celu upewnienia się, czy polityka prowadzona w tym zakresie wspiera i zachęca osoby niepełnosprawne do tego, by pozostały i/lub stały się integralną częścią społeczeństw, w których żyją;
- podjąć badania nad przemocą wobec osób niepełnosprawnych i ich wykorzystywaniem, zwłaszcza dotyczące osób mieszkających w dużych instytucjach opiekuńczych;
- wzmocnić ustawodawstwo dotyczące dostępności tak, aby osoby niepełnosprawne miały takie samo prawo dostępu do wszystkich publicznych i społecznych służb i usług jak inni ludzie;
- promować prawa człowieka w odniesieniu do osób niepełnosprawnych na całym świecie poprzez aktywne uczestniczenie w pracach nad przygotowaniem Konwencji Narodów Zjednoczonych dotyczącej Praw Osób Niepełnosprawnych;
- przyczyniać się do poprawy sytuacji osób niepełnosprawnych w krajach rozwijających się poprzez uczynienie społecznego włączania osób niepełnosprawnych celem polityki rozwoju i współpracy na poziomie poszczególnych krajów i całej Unii Europejskiej.

Europejski Rok Osób Niepełnosprawnych powinien zaistnieć najpierw na poziomie lokalnym, gdzie wszystkie problemy są codzienną rzeczywistością obywateli i gdzie stowarzyszenia osób niepełnosprawnych i organizacje działające na ich rzecz wykonują większą część swojej pracy.

Znaczący wkład w proces integracji mogą wnieść pracodawcy, związki zawodowe, system edukacji oraz media.

Antydyskryminacyjne ustawodawstwo okazało się skutecznym narzędziem do wprowadzenia zmian w postawach wobec osób niepełnosprawnych. Jednakże, jak zauważono w *Deklaracji madryckiej*, bez silnego zaangażowania całego społeczeństwa, łącznie z aktywnym udziałem samych osób niepełnosprawnych w walce o zapewnienie należnych im praw, legislacja pozostanie jedynie w sferze teoretycznej. Niezbędna jest w związku z tym szeroko zakrojona działalność edukacyjna wspierająca środki prawne i budująca zrozumienie potrzeb i praw osób niepełnosprawnych oraz zwalczająca ciągle jeszcze istniejące uprzedzenia i stygmatyzację.

Uwarunkowania aplikacyjne

Znaczącą grupę stanowią bariery techniczne. Wśród nich M. Garbat (2003) wyróżnia:

- bariery urbanistyczne, związane z układem ciągów komunikacyjnych, sygnalizacją świetlną na skrzyżowaniach i przejściach dla pieszych, miejscami parkingowymi, oznakowaniem oraz innymi składowymi zależnymi od zabudowy naszych miast i osiedli;
- bariery architektoniczne, związane z architekturą budynku, w którym mieszkają i funkcjonują osoby niepełnosprawne, a więc drzwiami, schodami, urządzeniami sanitarnymi;
- bariery komunikacyjne, występujące w środkach komunikacji, związane z nieprzystosowaniem wagonów kolejowych, pojazdów, dworców oraz złą lokalizacją przystanków komunikacji miejskiej;
- bariery wzornicze, związane z nieprzyjawnymi przedmiotami: małym monitorem przy komputerze, niebezpiecznymi gniaздkami elektrycznymi, ostrymi krawędziami itp.

Otoczenie odpowiednio przystosowane do potrzeb wynikających z charakteru niepełnosprawności oraz przyrządy stanowiące pomoc w poruszaniu się mogą zapewnić niepełnosprawnym warunki niezbędne do zachowania samodzielności.

Bariery architektoniczne, urbanistyczne, transportowe i komunikacyjne są jednymi z najistotniejszych ograniczeń utrudniających, a często wręcz uniemożliwiających osobom niepełnosprawnym korzystanie z przysługującego im prawa do pełnego życia i zaspokajania potrzeb na równi z innymi. Likwidacja tych barier, polegająca na umożliwieniu osobom niepełnosprawnym swobodnego komunikowania się z otoczeniem, nie dotyczy wyłącznie osób z dysfunkcją narządu ruchu, ale również osób niewidomych i niedowidzących, głuchych i niedosłyszących, upośledzonych umysłowo, a także dotkniętych chorobami układu krążenia lub układu oddechowego.

Bariery nie tylko utrudniają życie codzienne i pozbawiają wygody, ale często dotkliwie ograniczają swobodę poruszania się i samodzielność. Potrzeby osób niepełnosprawnych pomija się niekiedy w rozwiązaniach urbanistyczno-architektonicznych, techniczno-budowlanych i systemów transportowych. Uzyskanie samodzielności jest podstawowym elementem rehabilitacji, a także warunkiem nawiązywania kontaktów społecznych (Schwartz, 1991, s. 3–6).

Niepełnosprawni są na ogół „niewidzialni”, żyją w nieprzystosowanych do własnych potrzeb mieszkaniach, odcięci od świata barierą „niepokonywalnych” schodów. Schody, stopnie, krawężniki, wąskie wejścia, brak urządzeń transportowych do komunikacji pionowej w budynkach wielokondygnacyjnych czynią osoby niepełnosprawne ruchowo „więźniami własnych mieszkań”.

Dlatego też ważne jest zapewnienie tym osobom odpowiedniego mieszkania, pozbawionego barier architektonicznych, w którym samodzielnie wykonywałyby czynności gospodarskie, dbały o higienę osobistą czy pracę zawodową i nie były uzależnione od innych osób.

W Polsce nie jest powszechne budownictwo wolne od barier architektonicznych, nie ma również wystarczającej ilości mieszkań przystosowanych do potrzeb niepełnosprawnych.

W tej sytuacji, poza projektowaniem i budowaniem nowych mieszkań dostępnych dla osób niepełnosprawnych, dużego znaczenia nabiera sprawa adaptacji mieszkań w istniejących zasobach mieszkaniowych zarówno w starym budownictwie, zrealizowanym w technologii tradycyjnej, jak i nowym, realizowanym w technologiach przemysłowych o nazwie „wielka płyta”. Adaptacja mieszkania pozwoli osobie niepełnosprawnej żyć w środowisku i otoczeniu, do którego przywykła, uszanować jej przyzwyczajenia oraz zachować istniejące więzi sąsiedzkie (por. m.in. Zrałek, 1994).

Warto pamiętać, że aby adaptacja spełniała swój cel społeczny i rehabilitacyjny, winna uwzględniać indywidualne potrzeby osób niepełnosprawnych. Rodzaj i stopień upośledzenia mają istotny wpływ na charakter i zakres adaptacji. Największych przystosowań typu budowlanego wymagają osoby niepełnosprawne z dysfunkcją kończyn dolnych, a szczególnie osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich: zwiększona powierzchnia, odpowiedni kształt i układ funkcjonalno-przestrzenny pomieszczeń, szersze drzwi, zainstalowanie urządzeń windowych, itp. Nieco mniejszych przystosowań wymagają osoby posiadające dysfunkcję narządu wzroku, z całkowitą lub częściową jego utratą.

Występujące bariery mogą być bezwzględne, czyli takie, których osoba niepełnosprawna sama nie może pokonać (za wąskie drzwi, brak windy do mieszkania położonego na piętrze), lub względne, czyli takie, które stwarzają utrudnienia i niewygodę, a w efekcie są bardzo uciążliwe i dotkliwie ograniczają samodzielność. Często usunięcie barier względnych polega na wprowadzeniu odpowiedniego wyposażenia lub zaopatrzeniu w sprzęt pomocniczy, np. przedłużający zasięg rąk lub wzmacniający uchwyt.

Przeprowadzone przeze mnie obserwacje pozwalają stwierdzić, że obecnie istnieje duże zróżnicowanie warunków mieszkaniowych osób niepełnosprawnych. Standardowe mieszkania zlokalizowane w starych dzielnicach zajmowane są przez ludzi w podeszłym wieku o ograniczonej sprawności ruchowej lub w ogóle niesprawnych. Zły stan techniczny budynków, niski standard mieszkań, a równocześnie ubóstwo stawiają osoby niepełnosprawne, zamieszkujące w takich mieszkaniach, w szczególnie trudnej sytuacji. Występujące bariery zarówno wewnętrzne, jak i zewnętrzne spowodowały, iż większość tych ludzi nie opuszcza swoich mieszkań, co prowadzi do całkowitej izolacji. Zdecydowanie lepsze warunki mają osoby niepełnosprawne, które mieszkają na nowych

osiedlach mieszkaniowych. W tym przypadku problemu nie stanowi niski standard mieszkań, lecz niewłaściwy ich rozkład, co powoduje, że osoby niepełnosprawne – bez uprzedniej adaptacji tych mieszkań – nie mogą korzystać ze wszystkich pomieszczeń.

Inna jest sytuacja osób niepełnosprawnych na wsi, gdzie warunki mieszkaniowe są szczególnie trudne. Co prawda na wsiach dominuje niska zabudowa – stanowi to olbrzymie ułatwienie dla wielu niepełnosprawnych, natomiast barierą architektoniczną jest brak urządzeń sanitarnych, instalacji wodno-kanalizacyjnych oraz instalacji centralnego ogrzewania.

Interesujące było podjęcie przez Instytut Filozofii i Socjologii PAN, na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, badań społecznych nad warunkami życia osób niepełnosprawnych. Głównym zadaniem, jakie stawiali sobie badacze, było zgromadzenie wiedzy na temat realiów życia ludzi niepełnosprawnych w Polsce na podstawie informacji uzyskanych od nich samych (por. Ostrowska, Sikorska, Sufin, 1994). Osoby uczestniczące w badaniach ($N = 636$) wskazały, że wśród rozmaitych barier architektonicznych, które w ich domu (mieszkanu) i miejscu zamieszkania sprawiają im trudności, największe to (s. 65):

- stopnie, schody, brak podjazdów, wind w budynkach – 80,4% badanych;
- zbyt wysokie krawężniki na ulicach – 61,2%;
- nieutwardzone nierówne nawierzchnie dróg, ulic – 53,5%;
- zbyt mała lub nie przystosowana łazienka, ubicacja – 21,5%;
- zbyt wąskie przejścia, drzwi, korytarze – 21,2%;
- brak sygnałów dźwiękowych na przejściach ulicznych – 6,7%.

Likwidacji barier architektonicznych domagają się coraz częściej różne środowiska i stowarzyszenia osób niepełnosprawnych. Również biura projektowe wykazują zainteresowanie problemami dostępności środowiska zurbanizowanego dla osób z ograniczoną sprawnością.

Miastem bez barier przyjęło się nazywać takie miasto, w którym osoby niepełnosprawne mogą się samodzielnie poruszać, nie natrafiając na różnego typu przeszkody utrudniające im lub wręcz uniemożliwiające przemieszczanie się po mieście i dostęp do obiektów, urządzeń i terenów, na równi z osobami sprawnymi (Kotela, 1997). Przeszkody lub bariery mogą mieć charakter naturalny, na przykład duże spadki terenu, skarpy, uskoki, nierówny teren, woda i rowy. Mogą mieć charakter sztuczny, techniczny, np. jezdnie, wysokie krawężniki, schody, progi, skarpy, wały i różne inne stworzone przez człowieka przeszkody, trudne do pokonania przez osoby niepełnosprawne. Zdaniem C. Koteli (1997), do poważnych przeszkód należy zaliczyć przeszkody społeczne i psychologiczne. Należą do nich na przykład: strach przed trudnościami w pokonywaniu przeszkód, niechęć do konfrontacji własnej niezdolności ze sprawnością innych osób, a także swego rodzaju lekceważenie przez

osoby sprawne problemów osób niepełnosprawnych i samych osób niepełnosprawnych.

Zmysł przestrzenny człowieka jest syntezą wrażeń wzrokowych, słuchowych, kinestetycznych, zapachowych i cieplnych. Poszczególne elementy przestrzeni stają się tworzywem, z którego zmysły kreują wyobrażony obraz. Poruszamy się, obserwujemy, dotykamy, czujemy, wsłuchujemy się we wszystko to, co nas otacza (Bonsunowska-Kuśka, Kuczia, 1995).

H. Skibniewska w wielu opracowaniach podkreśla konieczność sytuowania kilku mieszkań przeznaczonych dla inwalidów w tradycyjnych budynkach wielorodzinnych. Uważała, że należy wprowadzić do budownictwa powszechnego minimum 1% mieszkań socjalnych dla osób niepełnosprawnych samodzielnych, nie wymagających opieki. Mieszkania takie w chwili oddania do użytku winny być dostosowane do potrzeb użytkownika, uwzględniać jego dysfunkcję. Skibniewska udowodniła, że „wybudowanie niewielkiego procentu (0,7% w skali osiedla Sadyba Fosy) mieszkań specjalnych nie wpłynęło na zmianę kosztorysu osiedla” (Skibniewska, 1994, s. 19).

Aby było możliwe pełniejsze udostępnienie osobie niepełnosprawnej środowiska, w którym mieszka i pracuje lub odpoczywa, należy w maksymalnym stopniu eliminować wszelkie utrudnienia architektoniczne i urbanistyczne, nie tylko w mieszkaniach, ale także w obiektach użyteczności publicznej.

Zdaniem M. Zrałek (1994), skuteczna pomoc ludziom niepełnosprawnym polega na stworzeniu odpowiednich warunków zapewniających realizację wszystkich potrzeb człowieka. W środowisku zamieszkania powinny być zlokalizowane podstawowe urządzenia infrastruktury społecznej z zakresu oświaty, ochrony zdrowia, kultury, sportu i rekreacji, natomiast dostęp do instytucji zlokalizowanych poza osiedlem czy dzielnicą powinny zapewniać odpowiednio przystosowane środki transportu publicznego. Dostępność dla osób niepełnosprawnych tych placówek jest podstawowym wymogiem funkcjonowania niepełnosprawnych, a jednocześnie pozwala pozostawić człowieka nie w pełni sprawnego w dotychczasowym środowisku.

Do najbardziej uciążliwych barier należą: rozwiązania komunikacji pieszej i kołowej powodujące konieczność przekraczania jezdni, krawężniki w miejscach przejść przez jezdnię, przystanki komunikacji miejskiej i parkingi zlokalizowane w zbyt dużej odległości od wejścia do budynku, różnice terenu bez możliwości pokonania ich za pomocą pochylni, schody bez poręczy, itp.

Do wszystkich obiektów zlokalizowanych na terenach miejskich powinien być zapewniony dogodny dojazd środkami komunikacji miejskiej lub indywidualnym środkiem transportu.

Sygnalizacja dźwiękowa na przejściach dla pieszych współdziałająca z sygnalizacją świetlną, stosowana obecnie w kilku polskich miastach, nie znalazła uznania w opinii osób niewidomych. Ze względu na uciążliwość dźwięku budzi sprzeciw mieszkańców okolicznych domów. Sygnał akustyczny musi być wy-

rażnie odróżnialny w hałasie ulicznym, a jednocześnie nieuciążliwy dla otoczenia. Powinien stwarzać efekt wędrującego dźwięku, co umożliwiłoby użytkownikowi orientację co do kierunku przechodzenia oraz ocenę rozmiarów i geometrii przejścia. Ze względu na osoby niewidome, słabowidzące i o zmniejszonej koncentracji sygnalizacja świetlna powinna być powszechnie wspomagana sygnalizacją dźwiękową. Ma to istotne znaczenie również dla pozostałych pieszych, szczególnie w złych warunkach atmosferycznych – mgła, ostre słońce, opady (Schwartz, 1991, s. 97–99).

Najczęściej odwiedzanymi przez osoby niepełnosprawne miejscami użyteczności publicznej są siedziby organizacji i stowarzyszeń osób niepełnosprawnych, ZUS-u, urzędów zatrudnienia, placówki służby zdrowia, a w szczególności placówki rehabilitacyjne, placówki oświatowe, sanatoria, ośrodki i domy pomocy społecznej, specjalne ośrodki wychowawcze, ośrodki kultu religijnego oraz obiekty sportowe, kulturalne i turystyczne. Każdy z wymienionych budynków powinien mieć co najmniej jedno wejście dostępne dla osób niepełnosprawnych poruszających się na wózku inwalidzkim. Wejście to powinno mieć łatwy dostęp na poziom parteru i do przystanku dźwigu (jeżeli taki znajduje się w budynku).

Osoby niepełnosprawne ($N = 2354$) wśród budynków użyteczności publicznej, jakie powinny być w pierwszej kolejności dostosowane do ich potrzeb i możliwości (znoszenie barier architektonicznych i instalowanie pomocy technicznych), wymieniły zwłaszcza (Ostrowska, Sikorska, Sufin, 1994, s. 66):

- przychodnie lekarskie – 78,2%;
- placówki handlowo-usługowe – 50,7%;
- zakłady pracy – 17,9%;
- kościoły – 12,5%;
- szkoły, uczelnie – 12,1%.

Stworzenie warunków odpowiednich do aktywnego uczestnictwa osób niepełnosprawnych w zajęciach sportowych jest również ważnym elementem rehabilitacji. Wszelkie obiekty sportowe (boiska, baseny, sale gimnastyczne, tereny zielone) winny być dostosowane tak, by mogli z nich korzystać także ludzie o ograniczonej sprawności.

Zadania z zakresu likwidacji barier architektonicznych dla osób indywidualnych, w związku z reformą administracyjną kraju, od dnia 1 stycznia 1999 roku leżą w gestii starostów powiatów i powołanych przez nich Powiatowych Centrów Pomocy Rodzinie. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) przekazuje środki finansowe samorządom powiatowym (według odpowiedniego algorytmu). Dla przykładu, podstawowym celem Programu „PEGAZ” jest pomoc w aktywizowaniu osób niepełnosprawnych poprzez likwidację barier transportowych i komunikacyjnych.

Obecnie sprawy osób niepełnosprawnych znajdują się w dużej mierze w gestii gmin i powiatów, pracujący tam urzędnicy powinni posiadać odpowiednie kwalifikacje zawodowe, wiedzę i umiejętności fachowe w zakresie wymagań administracyjnych, finansowych, upośledzeń osób niepełnosprawnych. Jak wynika z codziennej obserwacji i badań, niepełnosprawni nieczęsto spotykają się z życzliwością, zrozumieniem i chęcią przyścia im z pomocą. Najczęściej pojawiające się problemy to: trudności ze znalezieniem odpowiedniego mieszkania lub adaptacją istniejącego, brak możliwości zamiany mieszkania, kłopoty z likwidacją barier architektonicznych nie tylko we własnym mieszkaniu, ale również w obiektach użyteczności publicznej.

Ciekawe informacje na temat warunków funkcjonalno-przestrzennych, jakim powinny odpowiadać budynki dostępne dla osób niepełnosprawnych, dostarczają wybrane publikacje K. Jaranowskiej. Warto podkreślić niekwestionowane kompetencje i olbrzymie doświadczenie autorki, która jako pracownik naukowy i równocześnie uznany architekt od wielu lat swoją pracę poświęca problematyce kształtowania otoczenia przyjaznego osobom niepełnosprawnym. W pierwszej kolejności zajęła się problemem przystosowania mieszkań, następnie urządzeniem miejsca pracy w obrębie własnego mieszkania lub na terenie osiedla. Kolejne prace dotyczyły obiektów oświaty i ośrodków rehabilitacyjno-wypoczynkowych.

Jednak pomimo wielu konkretnych dokonań obecnie spotykamy jeszcze zbyt wiele urzędów, szkół (w tym wyższych uczelni), kościołów, zakładów pracy, kawiarni, kin oraz siedzib instytucji niedostępnych dla osób niepełnosprawnych. Istniejące bariery mocno im dokuczają, utrudniają i wręcz uniemożliwiają załatwienie wielu podstawowych spraw.

Ostatnie lata dowodzą, że wiele zmieniło się w świadomości społeczeństwa, zmieniła się postawa wobec osób niepełnosprawnych. Niestety, daje się również zauważyć zjawiska negatywne – nietolerancję, dyskryminację, izolację.

Uwagi końcowe w świetle koncepcji przestrzeni życiowej oraz utraconego rozwoju

Specjaliści z zakresu polityki społecznej stoją przed trudnym zadaniem wypracowania koncepcji sprawiedliwości dystrybtywnej (Standing i in., 1996; Wojciechowski, 2003). Bierze się pod uwagę dążenie do całkowitej eliminacji paternalistycznego i opiekuńczego traktowania niepełnosprawności, a zarazem odejście od takiego postępowania, które można określić jako dyskryminacyjne. Co więcej, równość formalna w zakresie otwartego dostępu do edukacji, praw obywatelskich itp. stała się punktem wielu programów społecz-

nych, a faktyczne nierówności (jednostkowe, grup mniejszościowych) były przedmiotem licznych analiz i kontrowersji. Kwestia równości szans spleta się z nadrzędnym wobec niej zagadnieniem sprawiedliwości. W tym świetle daje się wyprowadzić wniosek, że traktowanie osób niepełnosprawnych jak wszystkich innych (stosowanie neutralnych polityk lub praktyk) może oznaczać subtelną formę dyskryminacji.

Przygotowanie dorastających osób niepełnosprawnych do zrozumienia własnej sytuacji, stworzenie warunków do osiągnięcia optymalnego poziomu samoaktualizacji mają nie tylko „uodpornić” je na ewentualne negatywne reakcje ze strony otoczenia, ale także prowadzić do racjonalizacji funkcjonowania w poszczególnych sferach życia. Każda struktura żywa ma wmontowane dwa zasadnicze cele regulacji: przetrwanie i rozwój (Lewicka, 2002; Wojciechowski, 2003). Gwarantami przetrwania są mianowicie pewne stałe parametry, które struktura stara się utrzymywać oraz od których próbuje likwidować odchylenia. Z kolei standardy rozwojowe promują aktywność. Podmiot, w zależności od tego, jaką wartość przypisuje zachowaniu, zdecyduje, czy podjąć działania na rzecz kształtowania własnej sytuacji, czy też raczej biernie oczekiwać, by to inni za niego podjęli tego typu działanie.

F. Wojciechowski (2003) wskazuje dwa podstawowe sposoby pomocy omawianej grupie osób. Pierwszy zakres poszukiwań optymalnego wzorca obejmuje ten obszar wsparcia, który umożliwia swoiste wyjście z upośledzenia, dążenie do tego, by dane osoby „straciły” cechy patologii, a zarazem zaakceptowały określone ograniczenia. Poszukiwania zmierzają ku zwiększeniu autonomii osobistej jednostki, jej zdolności samosterowania, wyodrębnienia siebie jako istoty tożsamej z sobą. Wyraża się w tym indywidualna forma samorealizacji, dzięki której możliwa staje się autokreacja linii zachowania, prowadząca do przeżywania własnego życia zgodnie z osobistymi wartościami, celami, standardami, itp. Drugi obszar dotyczy oddziaływań na „sieć społeczną” w celu zmiany istniejących stereotypów, przesądów, uprzedzeń oraz optymalizacji rozwiązań systemowych. Chodzi o udostępnienie takich wzorców i warunków życia, które w możliwie największym stopniu są zbliżone do normalnych sytuacji i sposobu egzystencji w danej społeczności.

W wypadku nabycia niepełnosprawności w okresie dorosłości także można mówić o strefie rozwoju, ale będzie to raczej strefa utraconego rozwoju. Kowalik (2003) traktuje ją jako wielkość niewykorzystanych szans w zakresie przekształcenia posiadanego potencjału rozwojowego w dokonania życiowe (wytwory własnej pracy). Można przyjąć, że dysfunkcjonalność organizmu powstała w okresie dorosłości staje się istotną przeszkodą w realizacji podjętych wcześniej zadań życiowych. Na te utrudnienia osoba niepełnosprawna może początkowo reagować w sposób bezrefleksyjny i automatyczny, wykorzystując posiadane mechanizmy radzenia sobie z sytuacją stresową.

Jednak w miarę upływu czasu i gromadzenia kolejnych doświadczeń życiowych związanych z życiem z niepełnosprawnością konsekwencje zaistniałej sytuacji muszą znaleźć swoje odbicie na poziomie świadomości. Będzie tu raczej chodziło o uświadomienie sobie własnego położenia życiowego określonego przez powstałą dysfunkcję organizmu. Ten rodzaj świadomości będzie miał charakter światopoglądu. Podstawowe jego elementy, czyli obraz własnej osoby, wizerunek innych ludzi oraz zakładane relacje wpływów, mogą teraz nabrać charakteru, który byłby zgodny ze sposobem doświadczania niepełnosprawności. Przede wszystkim jednak prezentowałby on szczególną postać dalszego życia osoby niepełnosprawnej.

Najważniejsze przekonania na ten temat Kowalik (2003) przedstawia następująco. Normalne życie dorosłe zostało już zakończone. Posiadany potencjał rozwojowy został definitywnie utracony, a więc tym samym uniemożliwione jest kontynuowanie powiększania dotychczasowego dorobku życiowego, wynikającego z wykonywanej pracy. Dalszy bieg dorosłego życia uległ gwałtownej redukcji. Nastąpiło nagłe przejście do stanu, który przypomina starość. W wymiarze egzystencjalnym życie takiej osoby utraciło jakikolwiek sens. W wymiarze kondycyjnym dysfunkcje organizmu traktowane są jako źródło dodatkowych, szybko postępujących zmian biologicznych, których nie można odwrócić. W światopoglądzie – na poziomie relacji wpływów – zaczyna dominować przekonanie o własnej bezradności. W wymiarze poznawczym deformacji podlega przede wszystkim koncepcja osoby. Poza tym następuje redukcja wszelkich zainteresowań i tendencja do wycofania się z normalnego życia. W wymiarze estetycznym można mówić o stanie nazwanym „opłakiwaniem powstałej straty” oraz brakiem akceptacji uszkodzonego organizmu.

W świetle zarysowanych koncepcji rehabilitacja powinna być przede wszystkim źródłem pozytywnych doświadczeń życiowych, a osoba niepełnosprawna podmiotem tego procesu. Główny nacisk w rehabilitacji powinien być położony na tworzenie osobom niepełnosprawnym szans wyrażania posiadanego potencjału rozwojowego w szeroko rozumianej aktywności inter- oraz intrapersonalnej.

Bibliografia

- Bach H., 1985: *Allgemeine Sonderpädagogik*. In: *Sonderpädagogik im Grundriss*. Hrsg. H. Bach, Marhold. Berlin.
- Błęszyńska K., 1999: *Jakość edukacji a jakość życia osób niepełnosprawnych*. W: *Pedagogika specjalna wobec zagrożeń i wyzwań XXI wieku*. Red. J. Pańczyk, W. Dykciak. Poznań.
- Bola T., Schwartz L., 1991: *Budynki mieszkalne i użyteczności publicznej*. W: „Problemy Osób Niepełnosprawnych”. Warszawa.

- Bonsunowska-Kuśka E., Kuczia P., 1995: *Środowisko okoliczne indywiduum – wprowadzenie do rozważań nad społeczną rolą przestrzeni*. „Chowanna”, T. 2 (5).
- Dyrektywa Rady Unii Europejskiej z dnia 27 listopada 2000 r. w sprawie ustanowienia ogólnych ram równego traktowania przy zatrudnieniu i wykonywaniu zawodu (Nr 2000/78/WE). „Niepełnosprawność i Rehabilitacja” 2003, nr 2.
- Europejski Kongres na rzecz Osób Niepełnosprawnych. Madryt. „Deklaracja madrycka”. „Niepełnosprawność i Rehabilitacja” 2003, nr 3.
- Frydrychewicz E., 2000: *Likwidacja barier architektonicznych*. „Zakłady Pracy Chronionej”, nr 8–9.
- Garbat M., 2003: *Środowisko fizyczne i społeczne osób niepełnosprawnych*. „Niepełnosprawność i Rehabilitacja”, nr 1.
- Grabowska B., 2001: *Świat pełen schodów*. „Integracja”, nr 4.
- Gustavsson A., Zakrzewska-Manterys E., 1997: *Wprowadzenie: społeczny kontekst upośledzenia*. W: *Upośledzenie w społecznym zwierciadle*. Red. A. Gustavsson, E. Zakrzewska-Manterys. Warszawa.
- Hulek A., red., 1992: *Świat ludziom niepełnosprawnym*. Warszawa.
- Jakubowski S., 1994: *Pomoce techniczne dla osób niepełnosprawnych*. Warszawa.
- Jaranowska K., 1983: *Adaptacja mieszkań dla inwalidów*. Warszawa.
- Jaranowska K., 1989: *Miejsce pracy dla osób niepełnosprawnych w osiedlu mieszkaniowym, modele funkcjonalno-przestrzenne*. Warszawa.
- Jaranowska K., 1992: *Projektowanie zakładów pracy dostępnych dla osób niepełnosprawnych*. Warszawa.
- Juszczak S., Zając W., 1997: *Komputerowa edukacja uczniów z zaburzeniami w czytaniu i pisaniu*. Katowice.
- Kirenko J., 2001: *W stronę społecznego modelu niepełnosprawności*. W: *Pedagogika specjalna w reformowanym ustroju edukacyjnym*. Red. Z. Palak. Lublin.
- Kotela C., 1997: *Miasta bez barier. Opracowania urbanistyczne dotyczące przystosowania miast do potrzeb osób niepełnosprawnych*. „Auxilium Sociale – Wsparcie Społeczne”, nr 3/4.
- Kowalik S., 1996: *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*. Warszawa.
- Kowalik S., 2003: *Dorosłość osób niepełnosprawnych w świetle koncepcji strefy utraconego rozwoju*. W: *Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczach pedagogiki specjalnej*. Red. K.D. Rzedzicka, A. Kobyłańska. Kraków.
- Lewicka M., 2002: *Daj czy wypracuj? Sześcienny model aktywności*. W: *Jednostka i społeczeństwo*. Red. M. Lewicka. Gdańsk.
- Marek-Ruka M., 1999: *Rehabilitacja społeczna osób niepełnosprawnych (skrypt)*. Warszawa.
- Miller J., 1998: *Zatrudnianie i aktywizacja zawodowa osób niepełnosprawnych*. Warszawa.
- Ostrowska A., 2002: *Społeczeństwo polskie wobec osób niepełnosprawnych. Przemiany postaw i dyskursu*. W: *Społeczne problemy osób niepełnosprawnych*. Red. J. Sikorska. Warszawa.
- Ostrowska A., 2003: *Kompetencje społeczne osób niepełnosprawnych – bariery dorosłości*. W: *Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczach pedagogiki specjalnej*. Red. K.D. Rzedzicka, A. Kobyłańska. Kraków.
- Ostrowska A., Sikorska J., 1996: *Syndrom niepełnosprawności w Polsce. Bariery integracji*. Warszawa.
- Ostrowska A., Sikorska J., Gąciarz B., 2001: *Osoby niepełnosprawne w Polsce w latach dziewięćdziesiątych*. Warszawa.
- Ostrowska A., Sikorska J., Sufin Z., 1994: *Sytuacja ludzi niepełnosprawnych w Polsce (raport z badań)*. Warszawa.
- Pawłowski P., red., 1999: *Warszawa bez barier; przewodnik dla osób niepełnosprawnych, mających problemy w poruszaniu się*. Warszawa.

- Radziejewicz-Winnicki A., 2002: *Zainteresowanie nauk społecznych poglądami i zachowaniami w dziedzinie zdrowia i choroby a lansowanie określonych wzorów socjalizacji zdrowotnej*. „Chowanna”, T. 1.
- Rozporządzenia Ministra Gospodarki Przestrzennej i Budownictwa z dnia 14.12.1994 r., w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowania. Dz.U. nr 15 z 1999 r., poz. 140-j.t. z późn. zm.
- Schwartz L., 1991: *Środowisko i transport*. Warszawa.
- Skibniewska H., 1994: *Modele mieszkalnictwa dla osób starszych i niepełnosprawnych*. W: *Środowisko zamieszkania a niepełnosprawni*. Warszawa.
- Skoczyła B., 2000: *Tworzenie otoczenia przyjaznego osobom o różnym charakterze niepełnosprawności poprzez likwidację w ich środowisku barier architektonicznych, urbanistycznych, w komunikowaniu się oraz barier społecznych*. W: *Rehabilitacja społeczna i zawodowa osób niepełnosprawnych (materiały szkoleniowe)*. Warszawa.
- Słownik wyrazów obcych PWN. Red. J. Tokarski. Warszawa 1980.
- Standing G. i in., 1996: *Zatrudnienie osób niepełnosprawnych w okresie transformacji: poradnik aktywnej polityki szkolenia i zatrudniania osób niepełnosprawnych w krajach Europy Środkowej i Wschodniej*. Przeł. G. Magnus. Warszawa.
- Stankowski A., 2000: *Terapeutyczność procesu wychowania*. „Auxilium Sociale – Wsparcie Społeczne”, nr 1.
- Stochmiałek J., 2001: *Koncepcje edukacji studentów niepełnosprawnych*. „Szkoła Specjalna”, nr 5.
- Syrek E., 1999: *Promocja zdrowia jako interwencja w środowisko lokalne*. W: *Pedagogika społeczna w Polsce – między stagnacją a zaangażowaniem*. Red. E. Górnikowska-Zwolak, A. Radziejewicz-Winnicki przy współpr. A. Czerkawskiego. T. 2. Katowice.
- Szelewicka A., 2003: *Projekt socjalny mieszkania chronionego dla dorosłych osób upośledzonych umysłowo*. „Niepełnosprawność i Rehabilitacja”, nr 2.
- Szkaradzińska M., 1991: *Mieszkanie i jego wyposażenie*. „Problemy Osób Niepełnosprawnych”, nr 3.
- Trzebińska E., 2002: *Psychologia jakości życia*. „Psychologia Jakości Życia”, T. 1, nr 1.
- Wapiennik E., Piotrowicz R., 2002: *Niepełnosprawny – pełnoprawny obywatel Europy*. Warszawa.
- Wiktor E., 2001: *Kształtowanie poczucia tożsamości społecznej osób niepełnosprawnych w procesie rehabilitacji*. W: *Jakość życia w chorobie. Społeczno-pedagogiczne studium indywidualnych przypadków*. Red. E. Syrek. Kraków.
- Wojciechowski F., 2003: *Przestrzeń życiowa w niepełnosprawności człowieka*. W: *Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczach pedagogiki specjalnej*. Red. K.D. Rzedzicka, A. Kobyłańska. Kraków.
- Wyczesany J., Gajdzica Z., red., 2003: *Edukacja i pomoc specjalna osobom niepełnosprawnym w krajach europejskich*. Cieszyn.
- Zapewnienie skuteczności prawu Unii Europejskiej w prawie polskim. Wytyczne polityki legislacyjnej i techniki prawodawczej. Warszawa 2003.
- Zrałek M., 1994: *Systemy opieki nad osobami niepełnosprawnymi w środowisku zamieszkania*. W: *Systemy wspomagania osób niepełnosprawnych w miejscu zamieszkania*. Red. L. Frąckiewicz. Warszawa.