

Dr Maria Jankowska
Akademia Pedagogiki Specjalnej
Warszawa

Osobowościowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania postaw wobec osób niepełnosprawnych

Badania młodzieży trzecich klas gimnazjalnych

Postawy rozwijają się pod wpływem środowiska społecznego, przyjętych przez niego norm, wartości i zasad funkcjonowania, które są wpisane w kulturę danej społeczności. Wyuczona i uwewnętrzniona przez jednostkę predyspozycja do reagowania w społecznie zdefiniowany sposób jest postawą społeczną. Postawa nabiera charakteru społecznego nie tylko na skutek socjalizacji, ale również ze względu na społeczny przedmiot postawy oraz społeczny kontekst. Postawy społeczne ukształtowane przez kulturę mogą obejmować zarówno podmioty o charakterze indywidualnym, a więc dotyczą wówczas poszczególnych osób, jak i zbiorowym, gdy przedmiotem postaw może być grupa osób. Jednakże postawy społeczne wobec ludzi kształtowane są w sposób cyrkularny, a więc w postawianiu określonych postaw współdziała zarówno środowisko społeczne jak też jednostka mogąca być podmiotem postawy lub być z nim w kontakcie. Zależność taką szczególnie można zaobserwować w postawach społecznych wobec osób niepełnosprawnych. Dość powszechne stanowisko wyraża wielu polityków, filozofów i naukowców z różnych dziedzin nauk społecznych, a nawet ekonomistów, którzy są zgodni co do tego, że kultura danego społeczeństwa wyraża się w jego stosunku do osób w jakiejś mierze słabszych, chorych, mniej zaradnych lub po prostu „innych”.

Postawy społeczne wobec osób niepełnosprawnych są bardzo różnorodne i wyrażają się we wszystkich swych składnikach: poznawczych (wiedza i przekonania dotyczące osób niepełnosprawnych), emocjonalnych (emocjonalno-oceniających) i behawioralnych (Sękowski, 1994). Niejednokrotnie postawy te mają także zmienny charakter. Często występuje w nich brak spójności – zauważa się rozbieżność pomiędzy werbalnymi deklaracjami a postawami rzeczywistymi. Wielekroć werbalne deklaracje są determinowane normami i konwenansami społecznymi oraz lękiem przed negatywną oceną społeczną i zdarza się także, że maskują negatywne, a nawet wrogie postawy rzeczywiste. Same postawy też ulegają modyfikacjom na skutek różnych czynników i oddziaływań zewnętrznych. Na postawy wobec niepełnosprawnych wpływ mają zarówno cechy osobowe, tkwiące wewnątrz jednostki, jak i też społeczno-kulturowe uwarunkowania. Obecnie zauważa się zmiany w tych postawach i warto poznać ich uwarunkowania i kierunek na podstawie wyników badań młodzieży ostatnich klas gimnazjalnych.

1. Definicje i klasyfikacja niepełnosprawności

W literaturze z zakresu psychologii *niepełnosprawność* ujmowana jest jako zjawisko wielozakresowe i wielopłaszczyznowe, przejawiające się w kilku wymiarach życia (Dykcik, 2005). W przeszłości obok terminu niepełnosprawność stosowało się takie określenia, jak: jednostka ulomna, osoba kaleka, osoba upośledzona, osoba sprawna inaczej, inwalida. Rozwój działalności na rzecz osób niepełnosprawnych oraz przewartościowywanie kultury sprawiło jednak, że zaczęto poszukiwać niepiętnujących i nie-stygmatyzujących pojęć niezbędnych przy identyfikowaniu tożsamości osób z niepełnosprawnością (Sadowska, 2005). Jest to przede wszystkim odzwierciedleniem zmian zachodzących w mentalności społeczeństwa i jego postaw wobec społeczności osób niepełnosprawnych (Majewski, 1999).

Głównym przejawem terminologicznej ewolucji było zastąpienie terminu *osoba upośledzona* pojęciem *osoba niepełnosprawna*, a następnie *osoba z niepełnosprawnością*. W naukach psychologiczno-pedagogicznych poszukuje się określeń neutralnych, nie piętnujących oraz nie mających charakteru stygmatyzujących osoby bowiem *upośledzenie* wskazywało na brak, niedostatek, ujmę, a to zawsze kojarzyło się negatywnie. Niepełnosprawność również nie jest całkowicie neutralna, zaś określenie osoba z niepełnosprawnością podkreśla, że *niepełnosprawność stanowi jedynie jeden z wymiarów osoby* (Sadowska, 2005, s. 20).

Pojęcie *niepełnosprawność* wymaga określenia rodzaju niepełnosprawności. Współcześnie używa się więc terminów takich, jak np. osoba z niepełnosprawnością ruchową, osoba z niepełnosprawnością wzrokową, osoba z niepełnosprawnością słuchową.

Koncentrując się na próbie zdefiniowania terminu *niepełnosprawność* należy pokreślić że pojęcie to zawsze łączy się z naruszeniem lub uszkodzeniem sprawności psychofizycznej, która prowadzi do stanu określonego jako ograniczenie funkcjonalne lub ograniczenie aktywności życiowej człowieka. Stan ten nie zawsze współwystępuje ze zmianami fizycznymi. Może pojawić się między innymi jako *naruszenie sprawności działania lub odchylenie od normy funkcjonowania na skutek stanów określanych jako nerwice* (Kawczyńska-Budrym, 1998, s. 15). Ograniczenia te mogą mieć charakter stały lub przejściowy, całkowity lub częściowy, mogą dotyczyć sfery sensorycznej, fizycznej i psychicznej (Kirenko, 2007).

W literaturze opisującej zagadnienie niepełnosprawności wyróżnia się rodzaje niepełnosprawności, które mogą występować oddzielnie lub we wzajemnym powiązaniu i w różnych kombinacjach, przy czym granice między nimi są dość płynne. Stopień, w jakim utrudniają funkcjonowanie osobie niepełnosprawnej, jest relatywny w aspekcie subiektywnym, społecznym, sytuacyjnym i czasowym (Dykcik, 2005).

A. Hulek (1980, s. 18) przyjmuje, że osoba niepełnosprawna jest to *osoba, która na skutek ograniczeń pod względem fizycznym (motorycznym, sensorycznym), somatycznym lub psychicznym ma znaczne trudności w wywiązywaniu się z zadań, jakie stawia przed nią życie codzienne, szkoła, praca zawodowa i czas wolny.*

Z. Sękowska (2001, s. 45) przyjmuje określenie niepełnosprawność dla wyrażenia stanu osób, które wskutek odchylenia od normy poziomu fizycznego bądź umysłowego czy dojrzałości społecznej mają utrudnienia i ograniczenia w rozwoju oraz funkcjonowaniu.

Natomiast A. E. Sękowski (1994, s. 12) ujmuje niepełnosprawność jako *obniżony - w stosunku do norm ustalonych dla danej populacji - stan sprawności organizmu, powodujący utrudnienie, a często także ograniczenie funkcjonowania fizycznego i psychicznego oraz zdolności do pełnienia ról*. Według autora człowiek niepełnosprawny ma trudności w funkcjonowaniu fizycznym i psycho-społecznym, znajduje się w niekorzystnej sytuacji społecznej i ekonomicznej oraz ma kłopoty w osiąganiu celów życiowych, zaspokajaniu potrzeb i adaptacji społecznej.

T. Majewski (1999) w swojej definicji niepełnosprawności dodaje pojęcie zadań życiowych, które każdy człowiek musi wykonywać w życiu codziennym, w domu i poza nim oraz zadania zawodowe, wynikające z pracy zawodowej. Podobnie jak A. E. Sękowski (1994) podkreśla również znaczenie pełnienia ról społecznych, czyli udziału i znaczenie człowieka w określonych sytuacjach społecznych, działania i współdziałania z innymi osobami. Osoba niepełnosprawna według T. Majewskiego to taka, u której uszkodzenie i obniżony poziom sprawności organizmu spowodował utrudnienie, ograniczenie lub uniemożliwienie wykonywania zadań życiowych i zawodowych oraz wypełnianie ról społecznych, biorąc pod uwagę jej wiek, płeć, stan, czynniki środowiskowe, społeczne i kulturowe.

Wyróżnione definicje nie koncentrują się jedynie na aspekcie biologicznym funkcjonowania człowieka. Podkreślają również wymiar środowiskowy niepełnosprawności, wiążący się z uznaniem przez środowisko społeczne jakiegoś stanu za ograniczenie sprawności i przyznanie człowiekowi znajdującemu się w tym stanie statusu niepełnosprawnego.

W kontekście tym niepełnosprawność definiował J. Zabłocki (za: Bujnowska, 2009, s. 17), który rozumie ją jako *wszelkie ograniczenia lub brak wynikający z ograniczeń zdolności wykonywania jakiejś czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka. Natomiast za osobą niepełnosprawną uważa się człowieka nie mogącego samodzielnie, częściowo lub całkowicie, zapewnić sobie możliwości normalnego życia, indywidualnego lub społecznego, na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia sprawności fizycznych lub psychicznych*. Należy zwrócić uwagę, na fakt, że definicja ta akcentuje trudności i ograniczenia w normalnym życiu i wymóg świadczeń pomocy, by umożliwić normalne życie, a więc zgodne z normą środowiskową.

W polskim prawie pojęcie *osoba niepełnosprawna* pojawiło się w roku 1982 w Uchwale Sejmu w sprawie inwalidów i osób niepełnosprawnych. W następnych latach podejmowano wiele prób zdefiniowania tego pojęcia. Efektem tych prób w roku 1996 powstała definicja opracowana przez grupę specjalistów powołanych przez Pełnomocnika ds. Osób Niepełnosprawnych w następującym brzmieniu: *Niepełnosprawna jest osoba, której stan fizyczny (lub) psychiczny trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia wypełnienie zadań życiowych i ról społecznych zgodnie z przyjętymi normami prawnymi i społecznymi* (tamże, s. 17).

Podobna definicja zawarta jest w Karcie Praw Osób Niepełnosprawnych uchwalonej 1 sierpnia 1997 roku przez Sejm RP. Najnowsza i będąca w powszechnym użyciu jest definicja zawarta w ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997, która stwierdza, że *niepełnosprawnymi są osoby, których stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo*

utrudnia, ogranicza bądź uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a w szczególności ogranicza zdolności do wykonywania pracy zawodowej (tamże, s. 18).

W porządkowaniu i ujednoczeniu terminologii związanej z niepełnosprawnością ważną rolę odgrywa Światowa Organizacja Zdrowia (WHO). Od dłuższego czasu trwają starania, by stworzyć jedną otwartą definicję niepełnosprawności, która ujmowałaby to pojęcie wystarczająco szeroko i mogłaby być stosowana globalnie, a jednocześnie zawierałaby opis kontekstu społecznego tego zjawiska. W 1980 roku powstała Międzynarodowa Klasyfikacja Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń, w której dokonano próby uporządkowania i ujednoczenia określeń niepełnosprawności, poprzez wyodrębnienie trzech ściśle ze sobą powiązanych i wzajemnie uwarunkowanych wymiarów. Były to: uszkodzenie narządów organizmu, niepełnosprawność biologiczna lub funkcjonalna organizmu oraz upośledzenie lub niepełnosprawność społeczna (Majewski, 1995). Zgodnie z podaną klasyfikacją, uszkodzenie określone zostało jako *wszelka strata lub wada psychiczna, fizjologiczna lub anatomiczna struktury lub czynności* (tamże, s.11). Mogło być ono spowodowane przez czynniki zewnętrzne lub wewnętrzne, czyli choroby, urazy, niewłaściwe odżywianie, zmiany związane ze starzeniem się organizmu oraz czynniki dziedziczne i wrodzone. Ze względu na zakres uszkodzenia wyróżniono częściowe, fragmentaryczne bądź całkowite zniesienie określonego narządu i jego czynności. Inny podział wskazywał na istnienie uszkodzeń okresowych, trwających przez pewien czas, które dzięki odpowiednim zabiegom rehabilitacyjnym, chirurgicznym bądź leczniczym mogły zostać usunięte, oraz trwałych, zwanych defektem i niemożliwych do usunięcia (Kirenko, 2007).

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wprowadziła następujące pojęcia niepełnosprawności, uwzględniając stan zdrowia człowieka:

Niesprawność (*impairment*) - każda utrata sprawności lub nieprawidłowość w budowie czy funkcjonowaniu organizmu pod względem psychologicznym, psychofizycznym lub anatomicznym;

Niepełnosprawność (*disability*) - każde ograniczenie bądź niemożność (wynikające z niesprawności) prowadzenia aktywnego życia w sposób lub zakresie uznawanym za typowe dla człowieka;

Ograniczenia w pełnieniu ról społecznych (*handicap*) - ułomność określonej osoby wynikająca z niesprawności lub niepełnosprawności, ograniczająca lub uniemożliwiająca pełną realizację roli społecznej odpowiadającej wiekowi, płci oraz zgodnej ze społecznymi i kulturowymi uwarunkowaniami.

Definicji WHO zarzucano jednak, że przywiązywała zbyt dużą wagę do wymiaru medycznego niepełnosprawności i nie zawierała aspektów społecznych i kulturowych związanych z niepełnosprawnością (Kirenko, 2007).

W 2000 roku Światowa Organizacja Zdrowia przedstawiła nową Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (International Classification of Functioning, Disability and Health ICIDH-2), w której uwzględniono zmianę nastawienia społecznego w stosunku do niepełnosprawności (WHO, 2001). Przyjęto w niej, że człowiek jest istotą biologiczną, a stanowi ją organizm o określonej strukturze i spełniający określone funkcje. Ponadto przyjęto, że człowiek jest osobą, działającą i wypełniającą określone zadania oraz jest członkiem konkretnej grupy społecznej, do

której przynależy i uczestniczy. Zmodyfikowana Klasyfikacja jest nie tylko systematyzacją samej niepełnosprawności, ale także funkcjonowania i uczestnictwa, związanych ze stanem zdrowia w przypadku choroby, zaburzenia lub urazu. Przy tym niepełnosprawność i funkcjonowanie są terminami nadrzędnymi, obejmującymi: strukturę lub funkcje organizmu, działanie osobiste i uczestnictwo w życiu społeczeństwa. Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia stwierdza, iż niepełnosprawność jest pojęciem zawierającym konsekwencje stanu zdrowia (choroby, zaburzenia, np. genetycznego lub urazu) w funkcjonowaniu człowieka w trzech wymiarach: biologicznym, osobistym i społecznym (Kirenko, 2007).

W wymiarze biologicznym występują dwa aspekty: uszkodzenie anatomicznej budowy narządów organizmu oraz zniesienie (ograniczenie) ich funkcji. Zatem, jeżeli sprawność funkcjonowania danego narządu jest poniżej normy przyjętej dla człowieka, wówczas stan taki określa się jako niepełnosprawność, natomiast w przypadku zniesienia czynności danego narządu i braku sprawności - jako niesprawność. Wyróżnia się w zależności od rodzaju czynności, jakich ona dotyczy:

- niepełnosprawność fizyczną, w tym niepełnosprawność motoryczną;
- niepełnosprawność sensoryczną, w tym niepełnosprawność słuchową, wzrokową, dotykową;
- niepełnosprawność psychiczną, w tym niepełnosprawność intelektualną, umysłową (Sękowski, 1999).

Jak podkreśla A. Bujnowska (2009) w wymiarze osobistym, niepełnosprawność funkcjonalna organizmu powodują konsekwencje w postaci utrudnienia, ograniczenia lub uniemożliwienia mu wypełniania zadań typowych dla jego wieku i płci. Utrudnienie występuje, gdy osoba niepełnosprawna ma możliwość wypełniania zadań życiowych czy zawodowych, lecz ze znacznymi trudnościami. Ograniczenie występuje, gdy ma ona możliwość pełnienia zadań w niepełnym lub ograniczonym zakresie, w związku z czym skazana jest na częściową pomoc innych osób. Uniemożliwienie występuje, gdy osoba jest niezdolna do samodzielnego wypełniania zadań i skazana jest na pomoc, a czasem nawet opiekę innych osób.

Wyodrębniono sześć głównych sfer życia, w których osoba niepełnosprawna może doświadczać utrudnienia, ograniczenia lub uniemożliwienia.

Należą do nich:

1. Orientacja w otoczeniu, obejmująca również zdobywanie i wymianę informacji oraz zdobywanie wiedzy;
2. Czynności życia codziennego;
3. Poruszanie się w przestrzeni;
4. Praca zawodowa - wykonywanie różnych prac i zawodów;
5. Integracja społeczna - aktywny udział w różnych formach życia społecznego;
6. Niezależność ekonomiczna - możliwość uzyskania środków na własne utrzymanie (Kirenko, 2007).

Należy również podkreślić, iż w określonych sferach życia osoba niepełnosprawna może doświadczać jedynie utrudnienia, w innych ograniczenia, a w innych uniemożliwienia. Podobnie jak w wymiarze indywidualnym, przy wykonywaniu zadań życiowych i zawodowych ograniczenia mogą również występować w uczestnictwie w życiu społecznym. W różnych przejawach życia osoba

niepełnosprawna może mieć utrudnienia, ograniczenia lub uniemożliwienia w nich uczestnictwa (Majewski, 2002). W tym przypadku na ograniczenia te mogą mieć wpływ liczne bariery społeczne jak utrudnienia architektoniczne, przestrzenne, komunikacyjne, informacyjne oraz przeszkody tkwiące w samym systemie pomocy niepełnosprawnym. Powoduje to zmniejszenie aktywności społecznej osoby niepełnosprawnej, a uwarunkowania zewnętrzne jeszcze bardziej to pogłębiają (Kawczyńska-Budrym, 1998).

W klasyfikowaniu niepełnosprawności bardzo istotnym zagadnieniem jest sprawność. Według T. Majewskiego (2002, s. 19) wyznacznikami sprawności każdego organizmu są: poprawność, dokładność, precyzja i szybkość. Sprawność sensoryczna jest to sprawność narządów zmysłowych, głównie wzroku, słuchu i dotyku. Sprawność fizyczna jest rozpatrywana w znaczeniu wąskim i szerokim. W pierwszym jest to sprawność motoryczna, a więc wykonywanie ruchów i czynności. W drugim dotyczy ona wszystkich czynności fizjologicznych organizmu, łącznie z motorycznymi. Sprawność psychiczna określa prawidłowość funkcjonowania procesów psychicznych w różnych sytuacjach i warunkach. Sprawność określa continuum między dwoma biegunami – od stopnia najwyższego (powyżej normy) poprzez normalny (w granicach normy, przeciętnej, średniej) do stopnia niskiego lub braku sprawności. Jeżeli sprawność jest ograniczona, czyli poniżej normy wówczas określa się ją jako niepełnosprawność, a całkowity jej brak w przypadku zniesienia danej czynności jako niesprawność.

Ze względu na rodzaj naruszonej sprawności psychofizycznej wyróżnia się cztery rodzaje niepełnosprawności:

1. Niepełnosprawność sensoryczna obejmuje:

- osoby niewidome i słabo widzące;
- osoby niesłyszące i słabo słyszące;
- osoby głuchoniewidome;

2. Niepełnosprawność fizyczna obejmuje:

- osoby z uszkodzonym narządem ruchu;
- osoby z przewlekłymi schorzeniami narządów wewnętrznych;

3. Niepełnosprawność psychiczna obejmuje:

- osoby umysłowo upośledzone z niesprawnością intelektualną,
- osoby psychicznie chore z zaburzeniami osobowości i zachowania;

4. Niepełnosprawność złożona - wystąpić tu mogą połączenia różnych, wymienionych niepełnosprawności (tamże).

W zależności od tego, czy zaburzenie jest chroniczne czy nie, uszkodzenia mogą być okresowe i trwale. Te pierwsze mogą zostać zniwelowane lub całkowicie usunięte dzięki zabiegom medycznym i rehabilitacyjnym. Te drugie nie pozwalają na przywrócenie ani pełnej, ani częściowej sprawności organizmu. Można również wyróżnić uszkodzenie nabyte - występujące w różnych okresach życia człowieka, ustabilizowane; progresywne – postępujące oraz regresywne, czyli ustępujące, prowadzące do odzyskania poprzedniego stanu.

Mając na względzie wymiar ekonomiczny na szczególną uwagę zasługuje nowelizacja z grudnia 2002 roku Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z 27 sierpnia 1997 r., która wprowadziła definicje stopni niepełnosprawności:

- Znaczny stopień niepełnosprawności – określa osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagającą, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji;
- Umiarkowany stopień niepełnosprawności – określa osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagającą czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych;
- Lekki stopień niepełnosprawności – określa osobę o naruszonej sprawności organizmu, powodującej w sposób istotny obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu do zdolności, jaką wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną, lub mająca ograniczenia w pełnieniu ról społecznych dające się kompensować przy pomocy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne (Dz.U. 1997 nr 123 poz. 776).

2. Rodzaje i mechanizmy kształtowania się postaw wobec osób niepełnosprawnych

Postawy odgrywają istotną rolę w życiu społecznym, gdyż w dużej mierze od nich zależy jak człowiek będzie miał stosunek do siebie samego i innych, jak będzie funkcjonował w środowisku, rozwijał swoją osobowość i kształtował relacje i umiejętność komunikowania się z otoczeniem.

T. Mądrzycki (1970, s. 40) charakteryzuje postawę jako *organizację poznawczą, uczuciowo-motywacyjną i behawioralną podmiotu, związaną z określonym przedmiotem lub klasą przedmiotów*. Podobnie zjawisko to opisuje S. Mika (1982, s. 116), który przez pojęcie postawa rozumie *względnie trwałą strukturę (lub dyspozycję do pojawienia się takiej struktury) procesów poznawczych, emocjonalnych i tendencji do zachowań, w której wyraża się określony stosunek wobec danego przedmiotu*.

Zatem na każdą postawę składa się komponent afektywny - czyli uczucia przejawiane w stosunku do przedmiotu postawy, mające określony kierunek oraz siłę, komponent poznawczy - określający zasób informacji, wiedzę i przekonania wobec przedmiotu postawy oraz komponent behawioralny - tzn. zachowania intencjonalne bądź zachowania realne wobec przedmiotu postawy (Bujnowska, 2009, s. 34).

Według A.E. Sękowskiego (1994) definicje postaw można podzielić na trzy kategorie odnoszące się do określonej koncepcji. Pierwsza grupa nawiązuje do tradycji behawiorystycznej i psychologii uczenia się, druga odnosi się do koncepcji socjologicznej, w której zwraca się szczególną uwagę na stosunek emocjonalny osoby reprezentującej jakąś postawę do jej przedmiotu oraz trzecia nawiązująca do koncepcji poznawczych, według której postawa uwzględnia istotne elementy poznawcze dotyczące obiektu postawy. W definicjach wywodzących się z koncepcji socjologicznych podkreśla się stosunek osoby przejawiającej postawę do przedmiotu tej postawy. Stosunek ten może mieć charakter oceniający lub emocjonalny

(uczuciowy). Postawa jest także określana jako dyspozycja do konsekwentnego występowania stosunku emocjonalnego czy oceniającego wobec przedmiotu postawy, wyrażająca się w kategoriach pozytywnych, negatywnych lub neutralnych (Bujnowska, 2009, s.34). W definicjach wywodzących się z koncepcji behawiorystycznych czy teorii uczenia się, postawę traktuje się jako dyspozycję jednostki do działania w określony sposób wobec pewnych przedmiotów, do zachowania się w sposób przewidywalny i konsekwentny. O postawie świadczy określone, zawsze takie samo zachowanie, pojawiające się z reguły, ilekroć występuje przedmiot postawy. Wśród koncepcji poznawczych są definicje ograniczające pojęcie postawy jedynie do elementu poznawczego oraz złożone definicje strukturalne, ujmujące trwałą i złożoną organizację trzech komponentów: emocjonalnego, poznawczego i behawioralnego.

W literaturze odnaleźć można wiele teorii opisujących proces kształtowania się postaw. Choć poglądy teoretyków na ten temat różnią się, to są oni jednak zgodni co do tego, iż *postawy kształtowane są przez splot różnorodnych wzajemnie się zaskubających czynników, które zmieniają się w trakcie życia jednostki, a wraz z nimi ulega zmianie także postawa wobec tych samych przedmiotów, idei, zjawisk czy grup* (Kirenko, 2007, s. 52).

G. W. Allport (za: Sękowski 1999, s. 32) wymienia cztery rodzaje mechanizmów kształtujących postawy człowieka:

1. Rozwijanie i scalanie reakcji wyuczonych w dzieciństwie i młodości;
2. Indywidualizację, czyli różnicowanie oraz wyodrębnianie się określonych doświadczeń dotyczących przedmiotu postawy;
3. Konsekwencje sytuacji urazowych;
4. Przyswojenie sobie już gotowych wzorów postaw od innych ludzi.

T. Mądrzycki (1970) opisał mechanizmy umożliwiające oddziaływanie środowiska społecznego na kształtowanie się postaw, w którym istotne są następujące czynniki: empatia, naśladownictwo, modelowanie i identyfikacja. Empatia to emocjonalno-poznawczy proces, umożliwiający wczuwanie się w stan psychiczny innej osoby oraz rozumienie jej sytuacji i punktu widzenia. Empatia wytwarza stan wspólnoty emocjonalnej, ułatwiającej przyjęcie czyichś przekonań, sądów czy postaw. Naśladownictwo jest odtwarzaniem, kopiowaniem zachowania modelu przez podmiot. Dotyczy pojedynczych izolowanych aktów zachowań. Osobami naśladowanymi przez dzieci w pierwszych latach życia są dorośli oraz rodzeństwo, później nauczyciele, bohaterowie bajek, opowieści, wreszcie w wieku dorastania - rówieśnicy. Modelowanie jest bardziej złożonym mechanizmem uczenia się niż naśladownictwo. Poprzez naśladownictwo jednostka przejmuje określone formy zachowania, a w przypadku modelowania, także tendencje uczuciowo-motywacyjne. Szczególnym mechanizmem kształtowania się postaw jest identyfikacja. Odnosi się do całego zespołu działań człowieka i jego osobowości. Identyfikacja z osobą czy grupą, która staje się modelem dla rozwijających się postaw wzmacnia zależność pomiędzy postawą a zachowaniem. Mechanizm identyfikacji działa wówczas, gdy jednostka czuje się blisko związana z określoną osobą lub grupą, którą naśladuje. Ma ona duże znaczenie w okresie dorastania.

W stosunku do osób niepełnosprawnych najczęściej wymienia się dwie skrajne postawy: akceptację oraz odtrącenie. Postawa pozytywna (akceptująca) cechuje się życzliwością, sympatią, uznaniem, szacunkiem i empatią. Pojawia się wówczas, gdy znika lub zmniejsza się obciążenie związane

z nawiązywaniem kontaktu z osobą niepełnosprawną oraz kiedy kontakt z nią nabiera dla danej osoby większej wartości (Larkowa, 1987).

J. Granofsky (za: Sękowski 1999, s. 25) uważa, że postawy pozytywne charakteryzują się obiektywną i realną oceną osoby z niepełnosprawnością oraz pozytywnym nastawieniem poznawczym, a także pozytywnym zachowaniem społecznym. Obiektywna i realna ocena osoby z niepełnosprawnością obejmuje: realną ocenę wpływu niepełnosprawności na psychikę i działanie człowieka oraz ograniczeń spowodowanych niepełnosprawnością oraz społeczną akceptację osób niepełnosprawnych na równi z osobami pełnosprawnymi. Pozytywne nastawienie poznawcze wyraża się przede wszystkim poprzez uznanie, że przedmiotem poznania jest człowiek, a nie tylko jego niepełnosprawność, znajomość potrzeb osoby z niepełnosprawnością i poziomu ich zaspokojenia, dostrzeganie zalet, możliwości i osiągnięć osób niepełnosprawnych. Pozytywne zachowanie społeczne wobec osób niepełnosprawnych oznacza odrzucanie izolacji, naturalny i życzliwy kontakt z osobami niepełnosprawnymi, współżycie i współpracę na różnych polach, przyznawanie osobom niepełnosprawnym prawa do uczestnictwa i pełnienia ról społecznych, a także akceptację osób niepełnosprawnych i różne formy integrowania ich w społeczeństwie.

Postawa negatywna wyraża się przez nieprzychylność do osób niepełnosprawnych. Cechuje się ona pojawieniem u danej osoby obciążenia psychicznego przejawiającego się w uczuciach wywołanych trudnościami w działaniu lub cechami osobowościowymi niepełnosprawnych, a kontakt z nimi przestaje być wartościowy (Larkowa, 1987).

Według J. Granofsky (za: Sękowski, 1994, s. 27) postawy negatywne charakteryzują uczucia litości lub zbytnej troskliwości wobec osób niepełnosprawnych, negatywne nastawienie poznawcze oraz negatywne nastawienie społeczne. Uczucia litości lub zbytnej troskliwości wobec osób niepełnosprawnych oznaczają niedocenianiem osoby z niepełnosprawnością, patrzeniem na osobę z niepełnosprawnością jako na obiekt ciekawości, przypisywaniem inwalidom ról o niższej kategorii społecznej, przejawianym i błędnym pojęciem o ograniczeniach spowodowanych niepełnosprawnością. Negatywne nastawienie poznawcze wyraża się poprzez: niewłaściwym zwracaniem uwagi na wygląd osoby z niepełnosprawnością, zwracanie szczególnej uwagi na jej niepełnosprawność oraz przecenianiem brzydoty kalectwa, często z odczuciem wstrętu i odrzucenia. Natomiast negatywne nastawienie społeczne wyrażać się może poprzez odsuwanie osób niepełnosprawnych od innych ludzi, sprzeciwianie się lub niechęć do przyjmowania ich udziału w różnego rodzaju kontaktach społecznych, uczucia braku komfortu, lęku, zakłopotania w obecności osób niepełnosprawnych.

H. Larkowa (1987) dokonała uszczegółowienia postaw społecznych wobec osób niepełnosprawnych, w których wyróżniła trzy rodzaje postaw z różnym ich nasileniem:

1. Postawa uczuciowa:

- pozytywna wykazującą wobec niepełnosprawnych życzliwość i sympatię;
- pośrednia - współczucie, litość, obojętność;
- negatywna - niechęć do widoku inwalidztwa.

2. Postawa wolicjonalna:

- pozytywna - akceptacja i chęć utrzymania kontaktów;
- pośrednia - przyglądanie się;
- negatywna - unikanie kontaktu.

3. Postawa intelektualna:

- pozytywna - uznanie, szacunek;
- pośrednia - ciekawość, zainteresowanie;
- negatywna - ujemna ocena cech.

W uwzględnionym podziale pomiędzy postawą pozytywną a negatywną umieszczona została postawa pośrednia, którą charakteryzuje współczucie, litość, obojętność, ciekawość. Postawa ta nazywana jest ambiwalentną, dwuwartościową, jednocześnie - pozytywną i negatywną. Ambiwalencja wynika stąd, że społeczeństwo w mniej lub bardziej świadomy sposób uniemożliwia osobom niepełnosprawnym czynne uczestnictwo w życiu osobistym i w pracy zawodowej, co w jakimś stopniu je deprecjonuje. W tym wypadku przebywanie z niepełnosprawnymi podyktowane jest współczuciem i litością, które prowadzą do pozytywnego przejawu, jakim jest chęć niesienia pomocy tym osobom (tamże).

Często przyczyną postaw negatywnych wobec osób niepełnosprawnych są stereotypy i przesady. Stereotyp określany jest jako rozpowszechnione w określonych grupach społecznych za pośrednictwem języka silne i trwale przekonania ujmujące osoby czy przedmioty, których dotyczą, w sposób zbytnio uproszczony i przesadny. Informacja zawarta w stereotypie nie jest poparta doświadczeniem, jej źródło mieści się w przekazywanych opiniach, poglądach opartych na fałszywych przesłankach. Przesąd i uprzedzenie mają kierunek ujemny i posługują się fałszywymi lub nie w pełni prawdziwymi informacjami, natomiast nie są oparte na doświadczeniu jednostki, lecz zostały przyjęte od społeczeństwa jako przesady.

Realizowane przez A. Ostrowską i J. Sikorską (1996) badania postaw wobec niepełnosprawnych wykazały, że do cech stanowiących elementy stereotypu osób niepełnosprawnych w społeczeństwie należą: słabość, lękliwość, nerwowość, samotność, wycofywanie się, niepewność siebie, niezadowolenie z życia, ubóstwo. Sposób widzenia osób niepełnosprawnych kojarzy się więc prawie wyłącznie z niepowodzeniami życiowymi, a nie z jakimikolwiek sukcesami. Osoby niepełnosprawne zdaniem badanych zasługują na współczucie i wymagają pomocy, nie są jednak widziane jako partnerzy różnych przedsięwzięć życiowych, posiadający wprawdzie pewne ograniczenia, ale także i możliwości. Takie postrzeganie niepełnosprawnych ma oczywiście konsekwencje praktyczne, niejednokrotnie z góry pozbawiające szans osobę niepełnosprawną. Według A. Ostrowskiej (za: Sadowska, 2005, s. 38) *przypisana im etykieta słabości, bezradności i uzależnienia eliminuje ich z wielu aktywności, a w sytuacji jej zinternalizowania przez osobę niepełnosprawną może stać się także elementem koncepcji jej własnej osoby.*

Postrzeganie osób niepełnosprawnych przez pryzmat stereotypów i przesądów prowadzi do ograniczenia ich w każdej dziedzinie życia. Jednostka posiadająca cechy wyróżniające ją spośród innych jest piętnowana. Stereotypy, uprzedzenia i przesady doprowadzają do tego, że widziane są tylko ich słabe strony, które przedstawiają osoby niepełnosprawne jako bezradne, czy niesamodzielne.

Postawy wobec osób niepełnosprawnych mają bardzo często charakter zmienny, a o ich ostatecznym kształcie decydować mogą także kontakt emocjonalny ludzi pełnosprawnych z niepełnosprawnymi, akceptowane bądź nieakceptowane społecznie formy zachowań przejawiane przez osoby niepełnosprawne oraz rodzaj i stopień niepełnosprawności determinowany między innymi: wyglądem zewnętrznym, możliwościami samoobsługowymi i dyslokacyjnymi (tamże, s. 39n)

A. E. Sękowski (1994) podkreśla rozbieżność między werbalnie deklarowanymi postawami a zachowaniem oraz pomiędzy werbalnymi deklaracjami a rzeczywistymi uwewnętrznionymi postawami. Normy społeczne wymagają od członków społeczeństwa większego lub mniejszego zrozumienia skutków niepełnosprawności. Brak tego zrozumienia sprawia, że często werbalne deklaracje, a nawet zachowania, mogą być głównie zdeterminowane normami i obawą przed negatywną oceną społeczną ich zachowania. Ponadto w pełni zrozumiale psychologicznie może być zjawisko trudności w zmienianiu własnych postaw w kierunku pozytywnym.

3. Uwarunkowania kształtowania się postaw wobec osób niepełnosprawnych

Postawy wobec osób niepełnosprawnych kształtują się w określonym środowisku społecznym, a jednocześnie są specyficzną cechą konkretnego człowieka, związaną z jego sferą odczuć i potrzeb, a także możliwości. Zdaniem A.E. Sękowskiego (1994), proces kształtowania się postaw wobec osób niepełnosprawnych zależy od trzech elementów: cech osób niepełnosprawnych, osobowości osób pełnosprawnych oraz warunków, w jakich zachodzi interakcja między osobami pełnosprawnymi i niepełnosprawnymi.

J. Kossewska, (2000) uważa, że najpełniej jednak uwarunkowania postaw społecznych wobec osób niepełnosprawnych prezentuje hierarchiczna struktura, której elementy pozostają ze sobą w ścisłej dwustronnej zależności na trzech poziomach: makrosystem, mezosystem, mikrosystem. Według autorki makrosystem to społecznie uznany system wartości, wyznawanych w danym społeczeństwie, na który składają się: język, religia, tradycja historyczna, obyczaje, ale także system wartości wynikający z funkcjonowania międzypokoleniowej transmisji kultury (stereotypów i uprzedzeń, przekonań i postaw społecznych). Mezosystem to czynniki związane z osobowością i funkcjonowaniem osób sprawnych: wiek, płeć, wykształcenie, wiedza, poziom inteligencji, zdolności twórcze, preferowane wartości, samoocena, autorytaryzm, dogmatyzm, sztywność, cechy osobowości, lęk, agresywność, empatia, poczucie umiejscowienia kontroli, doświadczenie zawodowe, zawód wykonywany, zakres kontaktów z osobami niepełnosprawnymi, percepcja własnych umiejętności pomocy. Mikrosystem to czynniki związane z funkcjonowaniem osoby niepełnosprawnej: zakres podobieństwa do osób sprawnych, stopień i rodzaj niepełnosprawności oraz jej widoczność, typ przejawianych zaburzeń, możliwość samoobsługi i dyslokacji, akceptacja siebie i własnego inwalidztwa, samodzielność i niezależność, poziom komunikacji.

W literaturze wyróżnia się osobowościowe i środowiskowe uwarunkowania postaw wobec osób niepełnosprawnych. Postawy z jednej strony są specyficznymi właściwościami danej osoby związanymi z charakterystycznymi dla niej cechami osobowości, z jej indywidualnymi odczuciami, z hierarchią potrzeb

i możliwościami, z drugiej zaś kształtują się w określonym środowisku społecznym i kulturowym. Z tego względu opisując postawy społeczne, zwłaszcza wobec osób niepełnosprawnych uwzględnia się czynniki osobowe oraz środowiskowe (Sękowski, Krempa, 2014).

3.1. Osobowe uwarunkowania postaw wobec osób niepełnosprawnych

W pracach dotyczących osobowościowych uwarunkowań postaw wobec osób niepełnosprawnych punktem wyjścia jest *założenie, iż postawy nie są zuniformizowane, typowe dla określonych grup społecznych, lecz charakterystyczne dla każdej jednostki i związane z jej strukturą osobowości* (Sękowski, 1999, s. 240).

Personalistyczna koncepcja człowieka zakłada, że istnieją pewne cechy osobowości ludzi niedotkniętych niepełnosprawnością, które warunkują postawy wobec osób niepełnosprawnych.

Koncepcja wpływu cech osobowości na postawy wobec niepełnosprawnych zakłada, że pierwszy kontakt z osobą niepełnosprawną ma wyzwalać pewne potencjalne, ukryte tendencje do reagowania w określony sposób (postawy), a dalsze kontakty mogą jedynie modyfikować sposób zachowania determinowany przez owe ukryte tendencje. Według K. Klimasińskiego (1976) są trzy źródła tego kierunku badań – teorie psychoanalityczne, teorie socjopsychologiczne oraz teorie D. Riesmana i J.B. Rottera.

W koncepcjach psychoanalitycznych w teorii Z. Freuda wszelkie zakazy społeczne wywołują lęk przed karą, czyli kastracją. Kara bywa nieświadomie łączona z dziedzina, w której została dokonana i lęk przed nią może być nieświadomie utożsamiany z utratą wszelkich innych narządów, m. in. z amputacją kończyn, z utratą wzroku itp. Zdaniem A. Sękowskiego (1994) te nieświadome skojarzenia wywołują lęk przed kastracją na widok wszelkiego rodzaju kalectwa, co może być podłożem negatywnych postaw wobec inwalidów. Widok kalectwa fizycznego i kontakt z inwalidami może ponadto wywoływać lęk dlatego, że inwalidztwo stanowi przeszkodę w uzyskaniu przewagi nad ludźmi. Niepełnosprawni mają mniejszą szansę powadzenia w dążeniu do mocy, władzy, a to dążenie jest według A. Adlera najsilniejszym motywem ludzkich działań. Widok kalectwa ma przypominać człowiekowi zdrowemu o zagrożeniu jego obecnego stanu, budzić lęk przed kalectwem, który może przerodzić się w niechęć do inwalidy (Klimasiński, 1976).

T. Witkowski (1994) zwraca uwagę, że podłożem przeżywanego lęku wobec osób niepełnosprawnych może być neurotyzm, stanowiący główny obok ekstrawersji, wymiar osobowości teorii H. Eysencka. Neurotyzm jest uwarunkowany większą wrażliwością autonomicznego układu nerwowego i powoduje silne reakcje emocjonalne. Duża chwiejność emocjonalna prowadzi do dezorganizacji zachowania, więc osoby o wysokim nasileniu neurotyzmu są skoncentrowane na sobie i lękiem reagują na każdą sytuację odmienną, w tym także na widok i obecność osób niepełnosprawnych. Osoby charakteryzujące się niskim poziomem neurotyzmu traktują odmienną wynikającą z niepełnosprawności z zainteresowaniem.

Drugim źródłem hipotez na temat specyficznych cech osobowości wyznaczających postawy wobec inwalidów są teorie socjopsychologiczne, wyjaśniające genezę uprzedzeń i przesądów w stosunku

do mniejszości etnicznych. Związek obu tych dziedzin wynika z faktu, że przedstawiciele dyskryminowanych mniejszości etnicznych można łatwo odróżnić od członków większości, tak samo jak inwalidzi wyróżniają się spośród ludzi przede wszystkim cechami fizycznymi, mogą więc stać się przedmiotem uprzedzeń, przesądów i negatywnych postaw niektórych przedstawicieli zdrowej większości. Co więcej, przedstawiciele dyskryminowanych mniejszości etnicznych często mają poczucie mniejszej wartości i przejmują standardy ocen uznawanych przez większość. Podobnie inwalidzi często przeceniają wartości takie, jak pełna sprawność lub uroda fizyczna i odczuwają żal po ich utracie, a nie doceniają wartości pozostałych, w związku z czym powstaje u nich poczucie niższości wobec ludzi zdrowych. Analogie są jednak wyraźne i dlatego właśnie próbowano wykorzystać i zastosować w badaniach nad postawami wobec inwalidów pomysły teoretyczne i dane empiryczne z badań nad osobowościowymi uwarunkowaniami przesądów i uprzedzeń etnicznych i rasowych. (Klimasiński, 1976).

Adorno i in. (za: Sękowski, 1999, s. 240) założyli, że istnieją ludzie szczególnie skłonni do przybierania niechętej, a nawet wrogiej postawy w stosunku do osób wyróżniających się cechami narodowymi lub rasowymi i stanowiących mniejszość w państwie. Przypuszczając, że ta skłonność jest tak głęboko uwikłana w strukturę osobowości, że można mówić o odrębnym typie osobowości, stworzyli termin „osobowość autorytarna”. Jej przeciwieństwem miałyby być „osobowość egalitarna”. Osobowość autorytarna i egalitarna mogą warunkować określony sposób oceniania odmienności i nowych sytuacji. Skłonność do uprzedzeń rasowych i etnicznych jest więc tą uogólnioną i tkwiącą głęboko w strukturze osobowości cechą, która decyduje o powstawaniu postaw także wobec osób niepełnosprawnych. Osoby z osobowością autorytarną charakteryzuje przeświadczenie, że świat jest pełen niebezpieczeństw, a ludzie źli. Są silnymi konwencjonalistami i konserwatystami. Przejawiają agresję wobec osób naruszających normy, postrzegają relacje międzyludzkie w kategoriach uległości i dominacji. Wiąże to się zwykle z nadmierną wiarą w siłę i lekceważeniem słabości, bezkrytycznym stosunkiem do wyidealizowanego autorytetu.

Trzecim źródłem hipotez na temat związków między cechami osobowości ludzi zdrowych a ich stosunkiem do niepełnosprawności może być socjologiczna teoria J. B. Rottera, sformułowana na podstawie koncepcja Davida Riesmana. J. B. Rotter (za: Klimasiński, 1976) sformułował koncepcję typów osobowości nawiązującą do teorii D. Riesmana. Według tej koncepcji można wyróżnić osoby przekonane, że bieg ich życia zależy wyłącznie od okoliczności, na które nie mają żadnego wpływu — od losu, szczęścia, a także od działania innych ludzi. W ich przekonaniu „miejsce kontroli” znajduje się na zewnątrz. Istnieją także ludzie, którzy sądzą, że sami decydują o swym losie i biegu swego życia. Ich „miejsce kontroli” znajduje się w nich samych, jest wewnętrzne. Opisane typy stanowią dwa krańce kontinuum — na jednym znajdują się „internaliści”, na drugim „eksternaliści”. Między nimi jest cały szereg ludzi o średnim nasileniu tej cechy. Poczucie umiejscowienia kontroli jest jedną z cech warunkujących postawy wobec osób niepełnosprawnych, a także postawy niepełnosprawnych wobec samych siebie. Zewnętrzne poczucie kontroli sprawia, że zaburzenia i uszkodzenia sensoryczne są oceniane jako ciężkie kalectwo, a to implikuje negatywne ustosunkowanie się wobec osób nim

dotkniętych. Osoby, u których występuje zewnętrzne umiejscowienie kontroli częściej akceptują swoją niepełnosprawność (tamże).

Zdaniem A. Sękowskiego i M. Krempy (2014, s. 193) istnieją cechy osobowości i ich konfiguracje, które sprzyjają kształtowaniu pozytywnych i negatywnych postaw wobec osób niepełnosprawnych. A. Sękowski (1991;1994) na podstawie swoich badań przedstawił cechy osobowości będące predyktorami pozytywnych i negatywnych postaw wobec osób niepełnosprawnych oraz wykazał, że osobowości ludzi wykazujących postawy pozytywne znacząco różnią się od osobowości tych, którzy mają negatywne ustosunkowanie. Różnice te ujawniają się w sferze poznawczej i emocjonalno-motywacyjnej, które współdziałają ze sobą i współuczestniczą w kształtowaniu postaw. Postawom pozytywnym sprzyjają wysoka inteligencja ogólna, preferowanie wartości moralnych i społecznych oraz niezależność od pola percepcyjnego. A. Sękowski wykazał, że istotna dla kształtowania postaw wobec osób niepełnosprawnych jest konfiguracja tych cech. Wśród predyktorów postaw pozytywnych wyróżnił czynnik wartości społecznych, czynnik twórczości, czynnik refleksji ekonomicznej, czynnik wiedzy i systematyzacji oraz czynnik samooceny. Wśród czynników predykcyjnych dla postaw negatywnych wyróżnił czynnik wiedzy odtwórczej, czynniki oceny własnych możliwości intelektualnych, czynnik konsumpcyjności, czynnik stwarzania pozorów oraz czynnik przesadnej apoteozy wartości (Sękowski, Krempa, 2014, s. 193). E. Zasępa (2000) wykazała, że postawom pozytywnym dzieci wobec niepełnosprawnych rówieśników sprzyja konfiguracja następujących cech osobowości: akceptacja siebie, wysoka i adekwatna samoocena, silne Ja, większa dojrzałość emocjonalna oraz niższy poziom lęku (tamże, s. 194). A. E. Sękowski (1991; 1994) udowodnił, że postawom pozytywnych w stosunku do osób niepełnosprawnych sprzyja wysoki poziom inteligencji, a także preferowany styl poznawczy. Osoby o pozytywnym ustosunkowaniu się charakteryzują się większą niezależnością od pola percepcyjnego i większą refleksyjnością, a także kierują się w percepcji w działaniu standardami wewnętrznymi i mają mniejszą skłonność do ulegania naciskom i tradycyjnemu nastawieniu oraz większą niezależność wyrażania sądów i opinii, co warunkuje, iż rzadziej ulegają przesądom i stereotypom (Sękowski, Krempa, 2014, s. 195).

Preferowany system wartości oraz moralność i religijność odgrywają znaczącą rolę w kształtowaniu się postaw wobec niepełnosprawnych. Badania A. Sękowskiego (1991; 1994) wykazały, że ludzie mający pozytywne ustosunkowanie wobec niepełnosprawnych preferują wartości artystyczne, estetyczne, moralne, religijne i społeczne, a osoby z negatywnymi postawami mają istotnie różny od nich system aksjologiczny i preferują wartości prestiżowe, teoretyczne i ekonomiczne.

Psychologowie zauważyli, że poziom lęku wpływa istotnie na kształtowanie się negatywnych postaw wobec niepełnosprawności i osób niepełnosprawnych. Badania B. Witkowskiej (2001) wykazały, że wystąpienie wyższego poziomu lęku rozumianego jako cecha osobowości sprzyja postawom negatywnym wobec niepełnosprawności.

3.2. Środowiskowo-kulturowe uwarunkowania postaw wobec osób niepełnosprawnych

Na proces kształtowania się postaw wobec osób niepełnosprawnych mają wpływ takie uwarunkowania środowiskowe, jak: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, status społeczny, kontakt z osobami niepełnosprawnymi, wykształcenie i proces edukacji, wiedza o niepełnosprawności oraz ustosunkowanie środowiska.

Badania wskazują także na różnice międzykulturowe w zakresie postaw wobec osób niepełnosprawnych oraz na różny poziom świadomości społecznej w poszczególnych kulturach. Istnieją różnice w postawach wobec osób upośledzonych umysłowo krajach Europy Zachodniej. Studenci z Belgii spostrzegają osoby upośledzone bardziej negatywnie niż studenci z Anglii, Danii i Portugalii. Badania wykazały także, że studenci są mniej pozytywnie nastawieni do integracji społecznej osób niepełnosprawnych intelektualnie niż studenci z Irlandii i Australii. Generalnie jednak, osoby pochodzące z Europy Zachodniej mają bardziej pozytywne postawy wobec niepełnosprawności intelektualnej oraz posiadają większą świadomość i zdolność akceptacji integracji społecznej niż osoby pochodzące z Azji lub Afryki. Podobne tendencje uwiadcniają się w postawach dzieci upośledzonych umysłowo rówieśników. Dzieci z Azji mają mniej pozytywne ustosunkowanie niż dzieci z Europy. Mniejszy strach wobec tej grupy niepełnosprawnych i dzieci europejskich związany jest z częstym kontaktem z upośledzonymi rówieśnikami w szkole i społeczności, a także z doświadczeniami wynikającymi z integracji oraz z większą wiedzą o niepełnosprawności, nienacechowaną stereotypowymi ani negatywnymi przekonaniem (Sękowski, Krempa, 2014, s. 198-199).

Wiek jest ważnym czynnikiem kształtującym postawy wobec niepełnosprawnych. Badania wykazują na wystąpienie pewnych prawidłowości: pozytywne postawy są charakterystyczne dla osób dorosłych, negatywne ustosunkowanie występuje częściej u dzieci i populacji osób starszych (tamże, s. 199). Tendencje takie odnoszą się także do postaw społeczeństwa wobec osób upośledzonych umysłowo. W badaniach M. Lewickiej (2011) ludzie starsi, a zwłaszcza emeryci deklaruowali negatywne postawy wobec osób niepełnosprawnych intelektualnie, a szczególnie negatywny stosunek mieli do małżeństwa z osobą upośledzoną. Jednakże najmniejszy dystans wywoływała u tej grupy społecznej obecność niepełnosprawnych intelektualnie w najbliższym otoczeniu.

Płeć w istotnym stopniu determinuje postawy wobec osób niepełnosprawnych. Wyniki badań A. Gorecznego i współpracowników wskazują na to, iż kobiety są bardziej pozytywnie nastawione do osób niepełnosprawnych w porównaniu z mężczyznami (za: Sękowski, 2014, s. 200). Podobne zależności wystąpiły w wynikach badań przeprowadzonych przez A. Sękowskiego i B. Witkowską (2002) dotyczących postaw w stosunku do osób chorych psychicznie. Ponadto wykazano, że kobiety mają bardziej pozytywny stosunek także do upośledzonych umysłowo (za: Sękowski, 2014, s. 201).

O roli miejsca zamieszkania w kształtowaniu postaw wobec osób niepełnosprawnych pisano już w latach 80-tych, gdzie podkreślano znaczne różnice między mieszkańcami wsi i miasta. W środowisku wiejskim postrzegano osoby psychiczne jako mogące zagrażać i będące nieprzewidywalne w zachowaniu,

a ponadto istniało przekonanie o nieuleczalności chorób psychicznych. Badania prowadzone kilkanaście lat później przez A. Sękowskiego (1994) wykazały, że bardziej pozytywne postawy są charakterystyczne dla środowiska miejskiego w porównaniu do środowiska wiejskiego, chociaż te różnice stopniowo się zmniejszają w wyniku dokonujących się przemian społeczno-kulturowych (Sękowski, 2014, s. 201-202)

Kontakt z osobami niepełnosprawnymi okazuje się być silnym czynnikiem determinującym kształtowanie się postaw wobec tej grupy osób. Wielu autorów (np. Murray, Wallach, Dawis, Wu, Steffen) podkreślają, że częsty kontakt z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie wpływa na zmianę postawy wobec nich na bardziej pozytywną, ułatwiając tym samym także integrację społeczną osób upośledzonych. Znaczenie w zmianie postaw na pozytywną w stosunku do osób niepełnosprawnych ma typ kontaktu, jego długość oraz środowisko, w którym miał on miejsce. Edukacja, wspólne przebywanie, a także współpraca zawodowa mogą być czynnikami pozytywnie zmieniającymi postawę. Ponadto badania wykazały, że częsty kontakt z niepełnosprawnymi pacjentami wiąże się bezpośrednio z przyjmowaniem bardziej pozytywnych postaw przez studentów kierunków medycznych. Okazuje się więc, że wcześniejsze doświadczenia zdobyte w trakcie studiów, indywidualne oczekiwania, kontakt oraz jego rodzaj oraz wsparcie współpracowników są elementami przyczyniającymi się do zmiany postaw w stosunku do osób z niepełnosprawnością, intelektualną, psychiczną lub fizyczną (tamże, s. 203).

Wykształcenie oraz sposób edukacji, a zwłaszcza kształcenie integracyjne są czynnikami kształtującymi postawy wobec osób niepełnosprawnych. Liczne badania opisywane przez K. Sciora (2011) wykazały, że występuje związek wyższego wykształcenia z pozytywnymi postawami wobec osób upośledzonych umysłowo. Ponadto osoby mające kontakt z niepełnosprawnymi w czasie ich edukacji i pracujące z takimi osobami mają pozytywny stosunek do niepełnosprawności. Badania także dowodzą, że dostarczanie społeczeństwu informacji o różnych rodzajach niepełnosprawności przyczynia się do modyfikacji postaw w kierunku pozytywnym (Sękowski, Krempa, 2014).

Kształcenie integracyjne, czyli wspólne nauczanie i wychowanie dzieci pełnosprawnych i niepełnosprawnych ma na celu wspomaganie rozwoju obu grup wychowanków oraz budowanie między nimi prawidłowych relacji opartych na wzajemnej akceptacji i gotowości do współpracy. Dzieci zdrowe poprzez codzienne kontakty z niepełnosprawnymi rówieśnikami mają możliwość wypracowania pozytywnych postaw wobec osób niepełnosprawnych. Postawy te są budowane na podstawie doświadczeń, przeżyć i wrażeń w bezpośrednich kontaktach, co może przyczynić się do obalenia wspomnianych już w pracy stereotypów wobec niepełnosprawności. Wzajemne kontakty pozwalają również dzieciom zdrowym pozbyć się lęków przed obcowaniem z niepełnosprawnymi. Wielu rodziców zauważa, że ich pełnosprawne dzieci uczęszczające do klas integracyjnych zachowują się naturalnie zarówno w kontaktach z niepełnosprawnymi kolegami i koleżankami w szkole, jak i w czasie przypadkowego spotkania z osobą niepełnosprawną czy to na ulicy, czy w autobusie (Macierz, 1999).

Poprzez kontakt z niepełnosprawnymi rówieśnikami dzieci zdrowe stają się również bardziej życzliwe, odpowiedzialne i empatyczne. Pozbywają się dziecięcego egocentryzmu i częściej spostrzegają sytuacje z różnych punktów widzenia. Uświadamiają sobie, że niektóre dzieci będą potrzebowały więcej

uwagi ze strony nauczyciela i czasu na wykonanie zadania ze względu na swoje obniżone możliwości czy mniejszą sprawność. Dzięki temu uwrażliwiają się na potrzeby innych i stają się mniej egoistyczne.

M. Chodkowska (2009) uważa, że nie bez znaczenia dla rozwoju empatii u dzieci ze szkół integracyjnych może mieć fakt, iż w szkołach tych próbuje się osłabić orientację rywalizacyjną w nauczaniu (powszechną w szkołach masowych) m. in. poprzez takie zabiegi, jak wprowadzenie ocen w oparciu o normę indywidualną (porównanie osiągnięć ucznia z wcześniejszymi jego wynikami a nie wynikami jego kolegów) i zachęcanie dzieci do współpracy oraz wzajemnej pomocy w pokonywaniu trudności. W klasach, w których kładzie się nacisk na osiągnięcia uczniów, rodzi się walka o to, by być najlepszym, co nasila egocentryczną koncentrację na własnej osobie i hamuje empatię. Przebywanie z niepełnosprawnymi kolegami i koleżankami, współdziałanie i współuczucie w wielu sytuacjach życia codziennego uczy dzieci zdrowe tolerancji, cierpliwości, wyrozumiałości, daje szansę na ujawnienie się zachowań prospołecznych i okazywanie innym pomocy. Pomagając swoim kolegom i koleżankom podnoszą tym samym swoją samoocenę. Wspólna nauka, zabawa i praca jest dla dzieci uczących się w klasach integracyjnych jest okazją do wzajemnego poznania się oraz dostrzeżenia, że każde z nich jest inne i wyjątkowe, ale mimo różnic mają zbliżone potrzeby i pragnienia oraz prawo do tego, by je zaspokoić (Macierz, 1998).

4. Postawy młodzieży gimnazjalnej wobec osób niepełnosprawnych – wyniki badań

Celem przeprowadzonych badań było poznanie postaw młodzieży uczęszczającej do trzeciej klasy gimnazjalnej wobec osób niepełnosprawnych oraz osobowościowych i społeczno-kulturowych uwarunkowań tych postaw.

Sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Czy istnieje związek między cechami osobowości a postawami wobec osób niepełnosprawnych?
2. Czy istnieje związek między poziomem empatii a postawami wobec osób niepełnosprawnych?
3. Czy płeć różnicuje postawy wobec osób niepełnosprawnych?
4. Czy środowiskiem kształcenia różnicuje postawy wobec osób niepełnosprawnych?
5. Czy znajomość osoby niepełnosprawnej różnicuje postawy wobec osób niepełnosprawnych?
6. Czy posiadanie w rodzinie osoby niepełnosprawnej różnicuje postawy wobec osób niepełnosprawnych?

Na podstawie materiału przedstawionego w rozdziale 1 niniejszej pracy, sformułowano następujące hipotezy badawcze:

Hipoteza 1. Istnieje dodatnia korelacja między określonymi cechami osobowości a postawami wobec osób niepełnosprawnych. Im wyższy poziom ekstrawersji i empatii oraz niski poziom neurotyzmu tym bardziej pozytywne postawy wobec osób niepełnosprawnych.

Hipoteza 2. Istnieje dodatnia korelacja między społeczno-kulturowymi czynnikami takimi, jak płeć, uczęszczanie do szkoły integracyjnej, posiadanie w rodzinie osoby niepełnosprawnej, kontakt z osobą niepełnosprawną.

Do przeprowadzenia badań wykorzystano następujące metody badawcze: Kwestionariusz Osobowości Eysencka EPQ-R (Eysenck Personality Questionnaire-Revised) w polskiej adaptacji autorstwa P. Brzozowskiego, R. Ł. Drwała, Kwestionariusz Rozumienia Empatycznego (KRE) A. Węglińskiego, Skalę Postaw Wobec Niepełnosprawnych A. E. Sękowskiego, którymi przebadano 132 uczniów uczęszczających do trzeciej klasy gimnazjalnej, w tym 50 uczniów szkoły integracyjnej, 32 uczniów szkoły sportowej, 50 uczniów szkoły masowej.¹

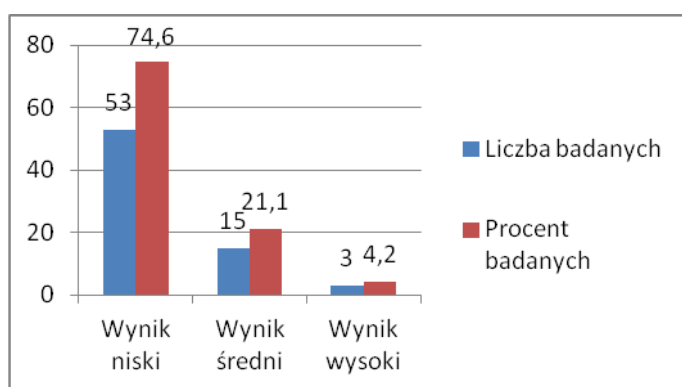
Wyniki badań Skalę Postaw Wobec Niepełnosprawnych A. E. Sękowskiego wykazały, że dziewczynki przejawiają bardziej pozytywne postawy wobec niepełnosprawności od chłopców. Mimo to zdecydowaną większość uczniów charakteryzują negatywne postawy wobec osób niepełnosprawnych. 43 dziewczynki (68,3%), ze średnią 85,57 (1 sten) i 53 chłopców (74,6%), ze średnią 84,62 (1 sten) podkreśla ograniczenia wynikające z inwalidztwa oraz odmienność osób niepełnosprawnych od osób pełnosprawnych.

Jedynie 5 dziewczynki (7,9 %), ze średnią 145,27 (7 sten) i 3 chłopców (4,2%), ze średnią 143,06 (7 sten) akcentuje możliwości osób niepełnosprawnych, ich podobieństwa do osób pełnosprawnych.

Postawy obojętne wobec osób niepełnosprawnych przejawia 15 dziewczynki (23,8%), ze średnią 125,10 (5 sten) i 15 chłopców (21,1%), ze średnią 125,45 (5 sten).

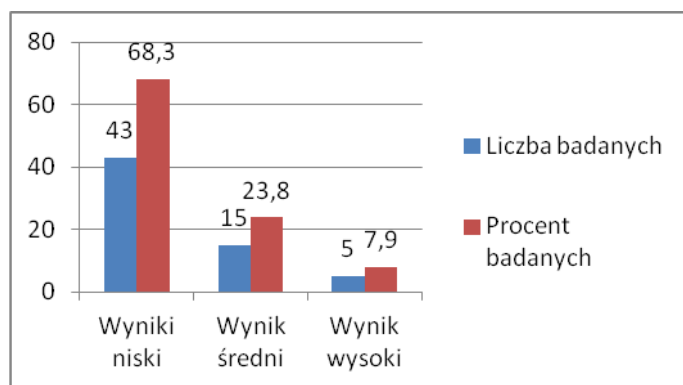
Postawy wobec osób niepełnosprawnych grupach chłopców i dziewcząt przedstawiono na wykresie 1 i 2.

Wykres 1. Postawy wobec osób niepełnosprawnych w grupie dziewcząt



¹ Badania przeprowadzono w ramach prowadzonego seminarium magisterskiego w Wyższej Szkole Finansów i Zarządzania w Warszawie na Wydziale Psychologii.

Wykres 2. Postawy wobec osób niepełnosprawnych w grupie chłopców



Wykorzystany do badań Kwestionariusz Osobowości Eysencka EPQ-R uwzględnia cztery podstawowe Skale: Ekstrawersji, Neurotyzmu, Psychotyzmu i Kłamstwa.

W celu weryfikacji hipotezy 1, że istnieje dodatnia korelacja między określonymi cechami osobowości a postawami wobec osób dokonano analizy korelacji r Pearsona, która wykazała istotne zależności między badanymi skalami.

W grupie dziewcząt występuje dodatnia i istotna korelacja między wynikiem w Skali Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych a poziomem w Skali Ekstrawersji oraz ujemna korelacja między wynikiem w Skali Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych a wynikiem w Skali Neurotyzmu. Dodatnie wartości korelacji świadczą, iż wraz ze wzrostem poziomu ekstrawersji postawy wobec osób niepełnosprawnych w grupie dziewcząt są bardziej pozytywne. Natomiast ujemne wartości korelacji świadczą, iż wraz ze wzrostem poziomu neurotyzmu postawy wobec osób niepełnosprawnych są się bardziej negatywne. Nie ma istotnych zależności między wynikami w Skali Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych a Skalą Psychozy i Skalą Kłamstwa. Wyniki zaprezentowano w tabeli 1.

Tabela 1. Korelacje między wynikami w Skali Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych i Kwestionariuszem Osobowości Eysencka EPQ-R – grupa dziewcząt

Grupa dziewcząt		Skala Neurotyzmu	Skala Ekstrawersji	Skala Psychozy	Skala Kłamstwa
Skala Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych	związek	-,051	,106	-,120	-,098
	istotność	,031	,048	,349	,445

W grupie badanych chłopców ze Skalą Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych koreluje dodatnie Skala Ekstrawersji oraz ujemnie Skala Psychozy. Ujemne wartości korelacji świadczą, iż wraz ze wzrostem poziomu psychotyzmu postawy wobec osób niepełnosprawnych stają się bardziej negatywne. Dodatnie wartości korelacji świadczą, tak jak u dziewczynek, iż wraz ze wzrostem poziomu ekstrawersji postawy wobec osób niepełnosprawnych stają się bardziej pozytywne. Wyniki zaprezentowano w tabeli 2.

Tabela 2. Korelacje między wynikami w Skali Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych i Kwestionariuszem Osobowości Eysencka EPQ-R – grupa chłopców

Grupa chłopców		Skala Neurotyzmu	Skala Ekstrawersji	Skala Psychozy	Skala Kłamstwa
Skala Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych	związek	,040	,270	-,321	-,033
	istotność	,741	,023	,006	,785

Poziom empatii młodzieży zbadano Kwestionariuszem Rozumienia Empatycznego (KRE) A. Węglińskiego. Wyniki badań wykazały że zarówno w grupie dziewcząt jak i chłopców empatia koreluje dodatnio z otrzymanymi wynikami w Skali Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych. Oznacza to, że wraz ze wzrostem poziomu empatii u badanych, zwiększa się ich pozytywne nastawienie do osób niepełnosprawnych. Warto również zaznaczyć, że w grupie chłopców omawiany związek jest zdecydowanie większy niż u dziewcząt. Wyniki przedstawiono w tabeli nr 3 i nr 4.

Tabela 3. Poziom empatii a postawa wobec osób niepełnosprawnych – korelacje w grupie dziewcząt

Grupa dziewcząt		Empatia
Skala Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych	związek	,309
	istotność	,014

Tabela 4. Poziom empatii a postawa wobec osób niepełnosprawnych – korelacje w grupie chłopców

Grupa chłopców		Empatia
Skala Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych	związek	,512
	istotność	,000

Przeprowadzone badania pozwalają zweryfikować hipotezę 1, według której istnieje dodatnia korelacja między określonymi cechami osobowości a postawami wobec osób niepełnosprawnych. Im wyższy poziom ekstrawersji i empatii oraz niski poziom neurotyzmu tym bardziej pozytywne postawy wobec osób niepełnosprawnych.

Hipoteza 2 uwzględniała udowodnienie wpływu czynników społeczno-kulturowych takich, jak płeć, uczęszczanie do szkoły integracyjnej, posiadanie w rodzinie osoby niepełnosprawnej, kontakt z osobą

niepełnosprawną na postawy wobec osób niepełnosprawnych u młodzieży uczęszczającej do trzeciej klasy gimnazjum.

W celu odpowiedzi na trzecie pytanie badawcze czy płeć różnicuje postawę wobec osób niepełnosprawnych wykonano test nieparametryczny dla dwóch prób niezależnych

U Mann-Whitney'a, który wykazał, że grupa dziewcząt i chłopców różni się istotnie w postawach wobec osób niepełnosprawnych. Dziewczynki charakteryzują się zdecydowanie bardziej pozytywnym nastawieniem wobec osób niepełnosprawnych niż chłopcy. W tabeli 5 zamieszczono wyniki różniące grupę dziewcząt od grupy chłopców.

Tabela 5. Różnice w postawach wobec osób niepełnosprawnych w grupie dziewcząt i chłopców

	Grupa dziewcząt (N=63)		Grupa chłopców (N=71)		p
	M	SD	M	SD	
Skala Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych	109,65	24,05	101,21	25,33	0,031

W celu odpowiedzi na czwarte pytanie badawcze, czy środowisko kształcenia wpływa na postawę wobec osób niepełnosprawnych wykonano test nieparametryczny dla kilku prób niezależnych Kruskala-Wallisa. Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzić można, że typ gimnazjum, do którego uczęszczają badani istotnie statystycznie różnicuje postawy w badanej grupie młodzieży.

Zarówno u dziewcząt jak i chłopców bardziej pozytywne postawy mają uczniowie z gimnazjum integracyjnego, zarówno w porównaniu do uczniów uczęszczających do gimnazjum sportowego, jaki zwykłego. Między postawami z gimnazjum sportowego i zwykłego nie występują istotnie statystycznie różnice. W tabeli 6 i 7 zaprezentowano uzyskane różnice w postawach wobec osób niepełnosprawnych w badanej grupie dziewcząt i chłopców.

Tabela 6. Typ środowiska kształcenia a postawy wobec osób niepełnosprawnych – grupa dziewcząt

Dziewczynki	Gimnazjum integracyjne (N=20)		Gimnazjum sportowe (N=13)		Gimnazjum zwykle (N=30)		p
	M	SD	M	SD	M	SD	
Skala Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych	127,35	18,23	107,77	21,94	78,43	27,52	0,024

Tabela 7. Typ środowiska kształcenia a postawy wobec osób niepełnosprawnych – grupa chłopców

Chłopcy	Gimnazjum integracyjne (N=30)		Gimnazjum sportowe (N=19)		Gimnazjum zwykłe (N=22)		<i>p</i>
	M	SD	M	SD	M	SD	
Skala Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych	111,64	23,34	99,05	18,96	88,86	27,55	0,003

W celu odpowiedzi na piąte pytanie badawcze, czy znajomość z osobą niepełnosprawną wpływa na postawę wobec osób niepełnosprawnych wykonano test nieparametryczny dla dwóch prób niezależnych U Mann-Whitney'a. Zarówno w grupie dziewcząt jak i chłopców znajomość osoby niepełnosprawnej wpływa istotnie statystycznie na zwiększenie ich ogólnego pozytywnego nastawienia wobec osób niepełnosprawnych. Dane zaprezentowano w tabelach nr 8 i 9.

Tabela 8. Znajomość osoby niepełnosprawnej a postawy wobec osób niepełnosprawnych w grupie dziewcząt

Dziewczynki	TAK (N=43)		NIE (N=20)		<i>p</i>
	M	SD	M	SD	
Skala Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych	115,67	19,45	96,70	28,15	0,005

Tabela 9. Znajomość osoby niepełnosprawnej a postawy wobec osób niepełnosprawnych w grupie chłopców

Chłopcy	TAK (N=51)		NIE (N=20)		<i>p</i>
	M	SD	M	SD	
Skala Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych	106,22	22,17	88,45	28,84	0,007

W celu odpowiedzi na szóste pytanie badawcze, czy posiadanie w rodzinie osoby niepełnosprawnej różnicuje postawy wobec osób niepełnosprawnych również wykonano test nieparametryczny dla dwóch prób niezależnych U Mann-Whitney'a, który nie wykazał istotnie statystycznie zależności. Tak więc posiadanie w rodzinie osoby niepełnosprawnej w badanej grupie nie jest czynnikiem warunkującym postawy wobec osób niepełnosprawnych. Dane zaprezentowano w tabelach nr 10 i 11.

Tabela 10. Posiadanie w rodzinie osoby niepełnosprawnej a postawy wobec osób niepełnosprawnych w grupie dziewcząt

Dziewczynki	TAK (N=12)		NIE (N=50)		<i>p</i>
	M	SD	M	SD	
Skala Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych	120,69	9,84	106,78	25,83	0,36

Tabela 11. Posiadanie w rodzinie osoby niepełnosprawnej a postawy wobec osób niepełnosprawnych w grupie chłopców

Chłopcy	TAK (N=12)		NIE (N=59)		<i>p</i>
	M	SD	M	SD	
Skala Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych	113,75	26,08	98,66	24,62	0,56

Przeprowadzone badania pozwalają zweryfikować hipotezę 2 w aspektach, iż istnieje dodatnia korelacja między społeczno-kulturowymi czynnikami takimi, jak płeć, uczęszczanie do szkoły integracyjnej, kontakt z osobą niepełnosprawną, a nie zweryfikowanie jej w aspekcie posiadania w rodzinie osoby niepełnosprawnej.

Podsumowanie

Przeprowadzone badania potwierdzają istnienie istotnych statystycznie zależności pomiędzy cechami osobowości, poziomem empatii i środowiskiem kształcenia gimnazjalistów, ich płci oraz znajomości osoby niepełnosprawnej a ich postawami wobec osób niepełnosprawnych. Dojrzałość moralna społeczeństwa wyraża się poprzez stosunek do środowisk społecznych, określanych jako słabsze, które często z różnych powodów znajdują się niżej w hierarchii życia społecznego. Jednym z takich słabszych środowisk jest społeczność osób niepełnosprawnych. Należy jednak zapytać kto postrzega tę grupę jako słabszą? Odpowiedź brzmi: ludzie sprawni, zdrowi, którzy często deprecjonują te osoby i spychają ich na margines życia społecznego uważając, że są to osoby, które wymagają jedynie opieki i pomocy. Prawda natomiast jest taka, że to pełnosprawni nie rozumieją podstawowych zagadnień moralności i zasad kultury, kiedy nie widzą w niepełnosprawnych osobach ludzi myślących, czujących, mogących kochać, wierzyć, uczyć się, pracować i być użytecznymi dla społeczeństwa. To, że ktoś utracił jakąś sprawność, nie oznacza przecież, że stał się inną osobą albo to, że ktoś urodził się niepełnosprawnym, to nie znaczy, że nie jest w pełni osobą. Bardzo ważne jest, aby traktować osoby niepełnosprawne, słabsze, chore jak indywidualne jednostki, a nie spoglądać na te osoby przez pryzmat ich niepełnosprawności. Przykre uczucia i negatywne postawy wobec niepełnosprawnych są wywołane przez nieludzką, a więc niekulturalną wizję świata, której poddają się jednostki, które nie potrafią zrozumieć, że

każdy człowiek poprzez swą indywidualność i niepowtarzalność buduje kulturę przyczyniając się do całokształtu duchowego i materialnego dorobku społeczeństwa.

Bibliografia:

- Barnes C., Mercer G., (2008), *Niepełnosprawność*, Warszawa: Wydawnictwo Sic!
- Bleszyńska, K. (2001), *Niepełnosprawność a struktura identyfikacji społecznych*. Warszawa: Żak.
- Bujnowska, A. (2009), *Uwarunkowania postaw studentów pedagogiki wobec osób niepełnosprawnych*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Bujnowska, A. Szadura A. (red), (2011), *Stereotypy – walka z wiatrakami?* Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Chlewiński, Z. (1987), *Podstawy a cechy osobowości*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Chodkowska, M. (2009), *Razem damy sobie radę! W drodze do zintegrowanego społeczeństwa*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Chodkowska, M. Szabala, B. (2012), *Osoby z upośledzeniem umysłowym w stereotypowym postrzeganiu społecznym*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Davis, H. M. (1999), *Empatia: o umiejętności współodczuwania*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Drwał, R. (red.), (1987), *Techniki kwestionariuszowe w diagnostyce psychologicznej. Wybrane zagadnienia*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Dykcik, W. (2005). *Pedagogika specjalna wobec aktualnych sytuacji i problemów osób niepełnosprawnych*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Polskiego Towarzystwa Pedagogicznego.
- Dryżalowska, G. Żuraw, H. (red) (2004), *Integracja społeczna osób niepełnosprawnych*. Warszawa: Żak.
- Frąckiewicz, L. (1999), *Niepełnosprawni w środowisku społecznym: praca zbiorowa*. Katowice: Akademia Ekonomiczna im. Karola Adamieckiego.
- Galdowa, A. (1999), *Klasyczne i współczesne koncepcje osobowości*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytet Jagielloński.
- Gulin, W. (1994), *Empatia dzieci i młodzieży: komponenty informacyjne, decyzyjne i emocjonalne*. Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Hall, C.S., Lindzey, G. (2001), *Teorie osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hulek, A. (1980), *Pedagogika rewalidacyjna*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Hulek, A. (1993). *Edukacja osób niepełnosprawnych*. Warszawa: Upowszechnianie Nauki-Oświata "UN-O".
- International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (2001), <http://www.who.int/classifications/icf/en/> (30.12.2015).
- Kawczyńska-Butrym, Z. (1998), *O nowy model opieki nad osobami niepełnosprawnymi. Kulturowe wyznaczniki opieki nad osobami niepełnosprawnymi*, [w:] Z. Kawczyńska-Butrym, *Niepełnosprawność – specyfika pomocy społecznej*. Katowice: Śląsk, s. 135–139.
- Kazanowski, Z., Osik-Chudowolska D. (2003), *Integracja osób niepełnosprawnych w edukacji i interakcjach społecznych*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.

- Kirenko J. (2006), *Oblicza niepełnosprawności*. Lublin: Wydawnictwo Akademickie Wyższej Szkoły Społeczno-Przyrodniczej im. Wincentego Pola.
- Kirenko, J. (2007), *Indywidualna i społeczna percepcja niepełnosprawności*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Kirenko, J., Korczyński, M. (2008). *Wobec niepełnosprawności*. Lublin: Wydawnictwo Akademickie Wyższej Szkoły Społeczno-Przyrodniczej im. Wincentego Pola.
- Klimasiński, K. (1976) *Cechy osobowości a postawy wobec inwalidów*. Przegląd Psychologiczny, t.19 nr 1, s. 71-84.
- Kliś, M. (1994), *Empatia a inteligencja, cechy osobowości i temperamentu*. Psychologia Wychowawcza, nr 5, s. 34-42.
- Kosowska, J. (2000), *Uwarunkowania postaw - nauczyciele i inne grupy zawodowe wobec integracji szkolnej dzieci niepełnosprawnych*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
- Krause, A. (2004), *Człowiek niepełnosprawny wobec przeobrażeń społecznych*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Larkowa, H. (1987), *Człowiek niepełnosprawny: problemy psychologiczne*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Lewicka, M. (2011), *Osoba z niepełnosprawnością intelektualną w społecznym zwierciadle. Stereotypy i postawy emerytów*. [w:] A. Bujnowska, A. Szadura (red.), *Stereotypy – walka z wiatrakami?* Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 273-284.
- Maciarz A. (1999), *Z teorii i badań społecznej integracji dzieci niepełnosprawnych*. Kraków: Wydawnictwo „IMPULS”.
- Majewski, T. (1995), *Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych*. Warszawa: Centrum Badawczo-Rozwojowe Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
- Majewski, T. (1999), *Biopsychospołeczna koncepcja niepełnosprawności*. Szkoła Specjalna, nr 3, s.131-134.
- Mądrzycki, T. (1970), *Psychologiczne prawidłowości kształtowania się postaw*. Warszawa: Państwowe Zakłady Wydaw. Szkolnych.
- Mika, S. (1982), *Psychologia społeczna*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Obuchowska, I. (1995), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Ostrowska, A., Sikorska, J. (1996), *Syndrom niepełnosprawności w Polsce: bariery integracji*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Palak, Z., Lewicka, A., Bujnowska, A. (2006), *Jakość życia a niepełnosprawność*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Rembowski, J. (1989), *Empatia: studium psychologiczne*. Warszawa : Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Sadowska, S. (2005), *Ku edukacji zorientowanej na zmianę społecznego obrazu osób niepełnosprawnych intelektualnie*. Toruń: Wydawnictwo Akapit.
- Sękowski, A. E. (1991), *Osobowościowe uwarunkowania postaw wobec ludzi niepełnosprawnych*. Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.

- Sękowski, A. E. (1994), *Psychospołeczne determinanty postaw wobec invalidów*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Sękowski, A. E. (1999), *Postawy wobec osób niepełnosprawnych*. Psychologia Wychowawcza, 3, s. 237-246.
- Sękowski, A. E. Niziolek, M. (2011), *Uwarunkowania postaw wobec osób niepełnosprawnych o różnych rodzajach niepełnosprawności*. Przegląd Psychologiczny, nr 54(4), s. 343-361.
- Sękowski, A. E. Witkowska, B. (2002), *W kierunku typologii uwarunkowań postaw wobec osób niepełnosprawnych*. Roczniki Psychologiczne Nr 5, s. 129-144.
- Sękowski, A. E. Krempa M. (2014), *Osobowe i środowiskowe uwarunkowania postaw wobec osób niepełnosprawnych*. [w:] E. Zasępa, T. Galkowski, *Oblicza psychologii klinicznej*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 191-209.
- Scior K. (2011), *Public awareness attitudes and beliefs regarding intellectual disability: A systematic review*. Research of Developmental Disabilities, 32, s. 2164-2182.
- Sufin, Z. (1995), *Ludzie niepełnosprawni w Polsce w świetle badań socjologicznych*. Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej 1. s. 49-55.
- The World health report 2001. Mental health: new understanding, new hope.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Dz.U. 1997 nr 123 poz. 776.
- Węgliński, A. (1984), *Poziom empatii a zachowanie na koloniach resocjalizacyjnych dzieci z rodzin zagrożonych demoralizacją*. Kwartalnik Pedagogiczny, nr 1/111. s. 111-120.
- Węgliński, A. (1987), *Trafność Kwestionariusza Rozumienia Empatycznego Innych Ludzi (KRE)* [w:] R. Drwal (red.), *Techniki kwestionariuszowe w diagnostyce psychologicznej. Wybrane zagadnienia*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Węgliński, A. (1993), *Opracowanie kwestionariusza rozumienia empatycznego, zachowania ludzi*. Zdrowie Psychiczne, nr 4, s. 120-132.
- Wilczek-Rużyczka, E. (2002), *Empatia i jej rozwój u osób pomagających*. Kraków: Uniwersytet Jagielloński.
- Witkowska, B. (2001), *Osobowościowe uwarunkowania postaw wobec osób z zaburzeniami psychicznymi*. Przegląd Psychologiczny, nr 44(2), s. 239-254.
- Wołowicz-Ruszkowska, A. (2013), *Jakość życia rodzin z dzieckiem z niepełnosprawnością intelektualną*, Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Zasępa, E. (2000), *cechy osobowości dzieci pełnosprawnych i ich postawy społeczne wobec niepełnosprawnych rówieśników*. Szkoła Specjalna, nr 4, s. 173-179.
- Zasępa, E. (2005), *Postawy wobec niepełnosprawności i osób niepełnosprawnych*, Człowiek, Niepełnosprawność, Społeczeństwo. nr 1, s. 23-36.
- Zasępa, E., Galkowski T. (2014), *Oblicza psychologii klinicznej*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Żuraw, H. (2008), *Udział osób niepełnosprawnych w życiu społecznym*. Warszawa: Żak.