

**Potrzeba
bycia rozumianym**



Jakub Iwański • Dominik Owczarek

Potrzeba bycia rozumianym

Komunikacja społeczna i funkcjonowanie
w grupie osób z ograniczeniami sprawności



Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR
Warszawa 2010



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Publikacja jest współfinansowana ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Programu Kapitał Ludzki

Publikacja realizowana w ramach projektu systemowego
nr WND-POKL-01.03.06-00-041/08 „Ogólnopolskie badanie sytuacji,
potrzeb i możliwości osób niepełnosprawnych”

Redaktor naukowy serii:
prof. dr hab. Anna Izabela Brzezińska

Recenzenci:
prof. UŚ dr hab. Małgorzata Górnik-Durose,
Uniwersytet Śląski w Katowicach,
Instytut Psychologii

prof. dr hab. Ryszard Łukaszewicz,
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu,
Instytut Pedagogiki

Redakcja i korekta: *Anna Sterczyńska*

Projekt okładki: *Katarzyna Juras*

Copyright © by Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Warszawa 2010

ISBN: 978-83-7383-428-6

Wydawnictwo Naukowe Scholar Sp. z o.o.
ul. Krakowskie Przedmieście 62, 00-322 Warszawa
tel./faks: 22 828 93 91, 22 826 59 21, 22 828 95 63
dział handlowy: 22 635 74 04 w. 219 lub jw. w. 105, 108
e-mail: info@scholar.com.pl; scholar@neotrada.pl
www.scholar.com.pl

Wydanie pierwsze
Skład i łamanie: WN „Scholar” (*Stanisław Beczek*)
Druk i oprawa: Paper & Tinta, Warszawa

Spis treści

Wstęp	7
ROZDZIAŁ 1	
Znaczenie bycia rozumianym dla osób z ograniczeniem sprawności	14
1.1. Wprowadzenie	14
1.2. Potrzeba bycia rozumianym	16
1.3. Komunikacja społeczna a komunikacja interpersonalna	20
1.3.1. Elementy i funkcje procesu komunikacji	21
1.3.2. Kształtowanie się kompetencji językowych i komunikacyjnych	22
1.3.3. Komunikacja społeczna a wykluczenie	24
1.4. Funkcjonowanie w grupie	27
1.5. Podsumowanie	31
ROZDZIAŁ 2	
Problemy osób z ograniczeniem sprawności	33
2.1. Wprowadzenie	33
2.2. Problemy osób z ograniczeniem sprawności w świetle teorii kapitału społecznego	34
2.3. Infrastruktura i technika – przestrzeń, która dzieli	39
2.4. Bariery biurokratyczne	41
2.5. Społeczny odbiór osób z ograniczeniem sprawności	45
2.6. Rodzaj i adekwatność udzielanego wsparcia, czynniki psychologiczno-społeczne	55
2.7. Sytuacja na rynku pracy	63
2.8. Podsumowanie	68
ROZDZIAŁ 3	
Komunikacja społeczna osób z ograniczeniem sprawności	75
3.1. Wprowadzenie	75
3.2. Wykorzystanie funkcji komunikacyjnych	77
3.2.1. Ograniczenie sprawności a komunikacja społeczna osób z ograniczeniem sprawności	78
3.2.2. Różnice w komunikacji społecznej spowodowane momentem pojawienia się ograniczenia sprawności	80
3.2.3. Różnice w komunikacji społecznej spowodowane wiekiem	80
3.2.4. Różnice w komunikacji społecznej spowodowane płcią	80
3.2.5. Różnice w komunikacji społecznej spowodowane wykształceniem	81
3.2.6. Znaczenie kariery zawodowej dla komunikacji społecznej	81
3.2.7. Efekt doboru grupy według kryterium sprawności	81
3.2.8. Efekt doboru grupy ze względu na płeć	81
3.2.9. Komunikacja społeczna w świetle przeprowadzonych analiz: podsumowanie	82
3.3. Rola rozgrzewki komunikacyjnej	83
3.4. Podsumowanie	84
ROZDZIAŁ 4	
Współpraca w grupie	86
4.1. Wprowadzenie	86
4.2. Wpływ rozmów w grupie na dobrostan psychiczny	87

4.3. Ocena współpracy w grupie	90
4.4. Ewaluacja debat w podziale na grupy	93
4.5. Podsumowanie	96

ROZDZIAŁ 5

Propozycje rozwiązań problemów osób z ograniczeniem

sprawności	98
5.1. Wprowadzenie	98
5.2. Rekomendacje na podstawie treści wywiadów	98
5.3. Rekomendacje na podstawie badań nad komunikacją społeczną i współpracą w grupie	103
5.4. Podsumowanie	105

Zakończenie	108
------------------------------	-----

Bibliografia	109
-------------------------------	-----

ANEKS

Charakterystyka systemowego projektu badawczego finansowanego ze środków Unii Europejskiej – nr WND-POKL-01.03.06-00-041/08:

<i>Ogólnopolskie badanie sytuacji, potrzeb i możliwości osób niepełnosprawnych</i>	112
---	-----

The description of a systemic research project funded by the European Union – N° WND-POKL-01.03.06-00-041/08 titled:

<i>A national study of the situation, needs and opportunities of persons with disabilities in Poland</i>	127
---	-----

STRESZCZENIE	139
------------------------	-----

SUMMARY	140
-------------------	-----

Wstęp

Osoby z ograniczoną sprawnością są dzisiaj w Polsce narażone na liczne szyskany i utrudnienia w codziennym funkcjonowaniu. Zbyt mało podejmuje się działań mających na celu przeciwdziałanie ich izolacji. Umożliwienie udziału tych osób w życiu publicznym jest nie tylko nakazem prawnym i moralnym, lecz także ogromną szansą na budowanie ładu opierającego się na zasadach solidarności, wzajemnego szacunku i zrozumienia.

W przypadku tego projektu badawczego kierowaliśmy się przekonaniem, że warto poprawić sytuację życiową osób z ograniczeniem sprawności. Byliśmy też przekonani, że aby zarekomendować działania naprawcze, musimy najpierw poznać sytuację tych osób. W ten sposób doszliśmy do wniosku, że nikt lepiej nie wyjaśni nam tej sytuacji niż sami niepełnosprawni. Dlatego zorganizowaliśmy wywiady grupowe i przeprowadziliśmy tak zwaną autodiagnozę grupową. Realizowaliśmy w ten sposób postulaty psychologii humanistycznej i sięgaliśmy do idei filozofii dialogu: odpowiedzialności, uwagi nakierowanej na drugiego człowieka, dążenia do zrozumienia potrzeb, zasady pomocniczości i *empowerment* (decyzje podejmowane przez tych, których najbardziej dotyczy, minimalna odgórna ingerencja w proces wsparcia, wzmacnianie oddolnych inicjatyw i samodzielności).

Osoby uczestniczące w naszym badaniu zostały zaproszone do dialogu, rozumianego dwojako. Po pierwsze, polegał on na tym, że zarówno osoby prowadzące badanie, jak i ich rozmówcy mieli szansę na równych prawach zabierać głos i wypowiadać się na temat sytuacji osób z ograniczoną sprawnością. Po drugie, sama forma badania miała postać rozmów w grupie, gdzie przy zachowaniu wzajemnego szacunku poszczególne osoby mogły zostać wysłuchane przez interlokutorów. W trakcie trwania badań coraz bardziej palące stawało się pytanie: czy ograniczenie sprawności ułatwia czy utrudnia rozumienie innych i bycie przez nich rozumianym?

Autodiagnoza grupowa sytuacji życiowej i zawodowej osób z ograniczeniem sprawności była jednym z dziewięciu wątków *Ogólnopolskiego badania sytuacji, możliwości i potrzeb osób niepełnosprawnych w Polsce*. Projekt ten był realizowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przez zespół badawczy działający przy Szkole Wyższej Psychologii Społecznej w Warszawie, pod kierunkiem prof. dr hab. Anny Izabeli Brzezińskiej.

Realizacja badania trwała przez cały 2009 rok. Obejmowała opracowanie koncepcji i narzędzi, przygotowanie badaczy, rekrutację, pilotaż, badanie wła-

ściwe, transkrypcję nagrań, przepisywanie danych, kodowanie treści i analizę jakości debaty, rekodowanie surowych wyników, analizę danych, pisanie raportów, przygotowanie prezentacji wyników. W skład zespołu realizującego badanie wchodziło siedem osób (psycholodzy, socjolodzy i pedagodzy), wspomaganych przez siedmiu lokalnych rekruterów, oraz 10 osób z Zakładu Logiki i Kognitywistyki Instytut Psychologii UAM w Poznaniu.

Badanie właściwe polegało na przeprowadzeniu wywiadów grupowych, które – dostarczając cennych informacji – stały się okazją do obserwacji umiejętności komunikacyjnych uczestników i porównania efektów współpracy w wyodrębnionych według różnych kryteriów grupach. Badani byli pytani przede wszystkim o to, jak chcieliby, by wyglądał system wsparcia osób z ograniczeniem sprawności w Polsce. Z kolei badacze, analizując zebrany materiał, zadawali sobie pytania:

- Jak badani postrzegają sytuację osób z różnymi ograniczeniami sprawności w Polsce?
- Czy poziom sprawności, jakiego doświadczają, wiąże się ze sposobem komunikowania się między uczestnikami?
- Jaki dobór współrozmówców w grupie pod względem płci, rodzaju i stopnia ograniczenia sprawności sprzyja efektywnej komunikacji, czyli ułatwia „dogadanie się”?
- Czy przeprowadzenie rozgrzewki komunikacyjnej jako etapu wstępnego, przed rozpoczęciem właściwej dyskusji, przekłada się na przebieg debaty i jakość jej rezultatów?

Za tak sformułowanymi pytaniami stały potencjalne rekomendacje dotyczące tego, jak polepszyć sytuację osób badanych, bezpośrednio – dzięki zastosowaniu się do wskazówek zawartych w wywiadach, lub pośrednio – dzięki tworzeniu optymalnych warunków do rozwoju i pracy osobom niepełnosprawnym, w zgodzie z obserwacjami i wnioskami dotyczącymi procesu komunikacji badanych i ich gotowości do współpracy.

Badanie opierało się na interdyscyplinarnej metodologii, łączącej (1) metodologię badań jakościowych, (2) badań ilościowych i (3) analiz psycholingwistycznych. Pierwsza z nich polegała na zastosowaniu zogniskowanych wywiadów grupowych – FGI (*focused group interview*), zwanych w tym opracowaniu fokusami lub debatami (Maison, 2001). Wywiady te miały postać rozmowy w grupie na zadany temat i były prowadzone przez profesjonalnego moderatora zgodnie ze specjalnie przygotowanym scenariuszem. Nagrania wywiadów były następnie transkrybowane i analizowane przy zastosowaniu programu Atlas TI 6.1. Analiza danych polegała na przypisaniu odpowiednich kodów poszczególnym wypowiedziom badanych, a następnie na profesjonalnej interpretacji tak uporządkowanych wypowiedzi zgodnie z wytycznymi teorii ugruntowanej (Glaser, Strauss, 1965) i celami szczegółowymi tego projektu.

Część ilościowa badania polegała na przeprowadzeniu kwestionariusza bezpośrednio przed wywiadem i po jego zakończeniu. Składał się on z istnieją-

cych już narzędzi pomiaru nastroju i samooceny, jak również z pytań przygotowanych na potrzeby badania. W tym miejscu wymienimy je tylko z nazwy: 1) Kwestionariusz Badań Sondażowych KBS, ten sam we wszystkich wątkach *Ogólnopolskiego badania sytuacji, możliwości i potrzeb osób niepełnosprawnych w Polsce*; (2) Przymiotnikowa Skala Nastroju UMACL; (3) Skala Samooceny SES Rosenberga; oraz (4) Zestaw skal do oceny debaty ED. Dane z kwestionariusza zostały następnie wprowadzone do programu statystycznego SPSS 17 i poddane analizie statystycznej przez profesjonalnego analityka. Szczegóły metodologiczne części jakościowej i ilościowej zostały opisane w *Raporcie z badań w module nr 8 – Autodiagnoza grupowa (fokus) sytuacji życiowej i zawodowej* (Iwański, 2009c).

Metodologia analiz psycholingwistycznych polegała na obróbce transkrypcji przeprowadzonych rozmów przy wykorzystaniu profesjonalnych narzędzi informatycznych. Na podstawie transkrypcji został utworzony Korpus Mowy Osób Niepełnosprawnych (MON), a następnie poszczególnym wypowiedziom przyporządkowano tagi (znaczniki, kody) zgodnie z założeniami analizy lingwistycznej. Ponadto utworzona została specjalna aplikacja komputerowa, dzięki której przeprowadzono szczegółowe analizy. Ostatnim etapem była interpretacja językowa otagowanego korpusu w odniesieniu do możliwości komunikacyjnych i profilu komunikacyjnego badanych osób. Szczegóły metodologiczne analiz psycholingwistycznych zostały opisane w *Korpusowej analizie wypowiedzi osób z ograniczeniem sprawności w module badawczym nr 8 Autodiagnoza grupowa (fokus) sytuacji życiowej i zawodowej* (Szwabe, 2010).

Wywiady zostały przeprowadzone w okresie od czerwca do września 2009 roku w dziewięciu miejscowościach sześciu województw (kujawsko-pomorskie, łódzkie, małopolskie, mazowieckie, podlaskie, wielkopolskie). Przeprowadzono 20 wywiadów, w których wzięło udział 113 osób. Grupy liczyły od czterech do ośmiu uczestników.

Większość rozmów odbyła się w różnego rodzaju placówkach socjalnych i miejscach publicznych, zarezerwowanych i odpowiednio przygotowanych przez rekruterów. Poza kilkoma wyjątkami badani nie byli na stałe związani z żadnym ośrodkiem, a jedynie przyjęli zaproszenie na badanie w tym właśnie miejscu. Każdy uczestnik został poinformowany o celu badania, planie spotkania, anonimowości i naukowym charakterze przedsięwzięcia. Badani każdorazowo udzielali na piśmie zgody na filmowanie wywiadu. Mieli także możliwość wglądu w informacje na temat badań, a także do listów uwierzytelniających badaczy. Z badania nikt nie zrezygnował w trakcie jego trwania. Na koniec spotkania każda z uczestniczących osób otrzymała list z podziękowaniem za udział w wywiadzie.

Aby dowiedzieć się więcej na temat współpracy w grupie i poziomu oraz charakteru umiejętności komunikacyjnych, badanych przyporządkowano do grup różniących się pod względem płci i sprawności. Rodzaje grup przedsta-

wia rycina 1. Porównanie wyników pracy różnych typów grup miało umożliwić sformułowanie wniosków na temat ewentualnego wpływu płci i sprawności na jakość współpracy oraz przebieg i jakość komunikacji.

kobiety i mężczyźni z ograniczeniami sprawności	kobiety z ograniczeniami sprawności	mężczyźni z ograniczeniami sprawności
kobiety i mężczyźni z ograniczeniami sprawności i pełnosprawni	kobiety z ograniczeniami sprawności i pełnosprawni	mężczyźni z ograniczeniami sprawności i pełnosprawni

Rycina 1. Rodzaje grup ze względu na płeć i ograniczenie sprawności

Źródło: opracowanie własne.

Oprócz podziału na sześć typów grup pojawił się jeszcze jeden – na grupy z rozgrzewką komunikacyjną i bez niej. W niektórych grupach przed wywiadem przeprowadzono krótkie ćwiczenia z tworzenia skojarzeń i konstruowania parafraz. Porównując wyniki obu typów grup, można było sprawdzić, czy podobny zabieg ma wpływ na rozmowę grupową i na jaki obszar oddziałuje.

Do uczestnictwa w badaniu zaprosiliśmy zarówno osoby z ograniczeniem sprawności, jak i osoby sprawne. Punktem wyjścia w doborze rozmówców do debat było kryterium niepełnosprawności zdefiniowane przez *Kartę Praw Osób Niepełnosprawnych*, uchwaloną przez Sejm RP w dniu 1 sierpnia 1997 roku (M.P. z 13.08.1997 r. nr 50 poz. 475). Według niej osoby z ograniczoną sprawnością to:

(...) osoby, których sprawność fizyczna, psychiczna lub umysłowa trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia życie codzienne, naukę, pracę oraz wypełnianie ról społecznych, zgodnie z normami prawnymi i zwyczajowymi (...).

Tak przedstawia się usankcjonowany prawnie sposób wyznaczania granicy między osobami sprawnymi i niepełnosprawnymi w Polsce. Z zacytowanej wykładni można wyprowadzić kilka istotnych wniosków dotyczących społecznego funkcjonowania osób z ograniczoną sprawnością.

- Niepełnosprawność może być zarówno fizyczna, jak i psychiczna czy umysłowa. Ponieważ stereotypowy obraz człowieka niepełnosprawnego często nie uwzględnia osób z zaburzeniami psychicznymi lub umysłowymi, osoby te są traktowane inaczej niż jednostki dotknięte fizycznym ograniczeniem sprawności. Nierzadko oznacza to radykalny brak akceptacji.

JAKOŚCIOWE ZRÓŻNICOWANIE TYPÓW NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI → niedoszacowane w powszechnym myśleniu

- Niepełnosprawność może być znaczna lub umiarkowana, trwała lub czasowa; zakres ograniczenia sprawności jest czymś bardzo zindywidualizowanym. Na tym tle wszelkie stereotypy wydają się szczególnie nieprawdziwe.

ZRÓŻNICOWANIE STOPNIA OGRANICZENIA SPRAWNOŚCI → niedoszacowane w powszechnym myśleniu

- Ograniczenie sprawności utrudnia, a niekiedy wręcz uniemożliwia podejmowanie działań, które mogą wykonywać osoby pełnosprawne. Na przykład osoby z ograniczeniem sprawności intelektualnej nie są w stanie spełnić obowiązku szkolnego, osoby niepełnosprawne ruchowo nie mogą dorównać osobom sprawnym w szybkim poruszaniu się po mieście (nawet w przypadku właściwych udogodnień architektonicznych).

OBIEKTYWNE UTRUDNIENIE W TYPOWYM FUNKCJONOWANIU → potrzeba niestandardowego podejścia do każdego przypadku

- Niepełnosprawność jest rzeczą względną: to, czy coś jeszcze mieści się w normie, zależy od przyjętej konwencji; prowadzi to zazwyczaj do uproszczeń i nadużyć, ale może też dawać nadzieję na zmianę percepcji, nazewnictwa, standardów.

UMOWNY PUNKT ODNIESIENIA – ZWYCZAJE I AKTY PRAWNE ŹRÓDŁEM NORM → potrzeba niestandardowego podejścia do każdego przypadku

Przystępując do opisu badań, zdajemy sobie sprawę z potrzeby niestandardowego potraktowania każdego przypadku i z niebezpieczeństwa uproszczeń, na jakie się narażamy. Terminologia, jaką dysponujemy, jest niedoskonała, ale w tej chwili trudno o lepszą. Podział na grupy osób z ograniczeniem sprawności i bez ograniczeń był podziałem najważniejszym, ze względu na przedmiot badania. Pytania, które zadaliśmy badanym w kwestionariuszu, ukazywały niepełnosprawność widzianą z różnych perspektyw:

- przekonania o własnej sprawności,
- samopoczucia na tle innych osób,
- posiadania orzeczenia o ograniczeniu sprawności,
- konkretnych objawów i dolegliwości.

Zdarzały się osoby, które nie miały oficjalnego orzeczenia, ale u których występowały objawy wskazujące na znaczne utrudnienie codziennego funkcjonowania. Były też osoby posiadające ważne orzeczenie, ale nieodczuwające swojej sytuacji jako gorszej i nienarzekające na dyskomfort spowodowany obniżeniem sprawności. Dodatkowo, niektóre ze schorzeń były wrodzone, inne nabyte, a jeszcze inne – pośrednio związane z podeszłym wiekiem.

Ostatecznie zdecydowaliśmy, by w ramach grupy osób z ograniczeniem sprawności wyróżnić dwie kategorie: z lekką i znaczną niepełnosprawnością. Za osoby sprawne uznane zostały te, które nie zgłosiły żadnych problemów ze zdrowiem. Podział na dwie kategorie osób z ograniczeniem sprawności był procesem żmudnym i obarczonym ryzykiem błędu, jednak cennym z uwagi

na możliwość porównywania danych. Podziału dokonało troje sędziów kompetentnych, biorąc pod uwagę zmienne dotyczące samopoczucia, posiadanego orzeczenia, objawów i widoczności objawów (tab. 1). Przykładowo, za osoby lekko niepełnosprawne uznawane były osoby chorujące na astmę, osoby krótkowidzące czy też chorzy na stwardnienie rozsiane o łagodnym przebiegu lub w fazie remisji.

Tabela 1. Kryteria wyodrębnienia grupy osób z lekkim i znacznym ograniczeniem sprawności

Grupa ze znacznym ograniczeniem sprawności	Grupa z lekkim ograniczeniem sprawności
• posiadają orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności • niepełnosprawność pozbawia możliwości wykonywania czynności dostępnych osobom sprawnym • niepełnosprawność negatywnie wpływa na samopoczucie, porównywanie się z innymi ludźmi, komfort życia • niepełnosprawność jest widoczna dla innych • niepełnosprawność nie wynika z podeszłego wieku, kiedy często radykalnie spada wydolność organizmu	• posiadają orzeczenie o lekkim lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub nie mają żadnego zaświadczenia • z powodu problemów ze zdrowiem odczuwają pewien dyskomfort • niepełnosprawność nie wymusza radykalnych zmian w sposobie funkcjonowania w porównaniu z osobami sprawnymi • ograniczenie sprawności jest słabo widoczne dla innych • stan zdrowia może wiązać się z podeszłym wiekiem

Źródło: opracowanie własne.

Podział na trzy grupy: osób bez ograniczenia sprawności, z lekkim i ze znacznym ograniczeniem sprawności miał znaczenie między innymi dla badania domniemanego wpływu obniżenia sprawności na rozwój kompetencji komunikacyjnych. Stopień ograniczenia sprawności i wiek jej nabycia wydawały się tutaj czynnikami o zasadniczym znaczeniu. Rodzaj doświadczenia niepełnosprawności był również ważny z punktu widzenia ewentualnych różnic w ocenie sytuacji życiowej osób z ograniczeniem sprawności. Zastosowany podział mógł rzucić światło między innymi na to, kto ma więcej do powiedzenia na temat konsekwencji ograniczenia sprawności: osoby głębiej jej doświadczające, te, które mają doświadczenie sprawności, czy może osoby nieobciążone doświadczeniem utraty sprawności?

Osoby wyselekcjonowane do badania na podstawie tych kryteriów pochodziły z miejscowości różnej wielkości, zarówno z wiosek, jak i z dużych aglomeracji, z przewagą miast do 100 tysięcy mieszkańców. Na podstawie danych zebranych w kwestionariuszu KBS grupę można najkrócej scharakteryzować jako: młodą, ale o dużej rozpiętości wieku, zrównoważoną pod względem płci (54 kobiety, 59 mężczyzn), dość dobrze wykształconą, aktywną zawodowo (w znaczeniu doświadczenia pracy, bycia aktualnie zatrudnionym lub po-

szukiwania zatrudnienia), posiadającą znaczną liczbę orzeczeń o poważnym ograniczeniu sprawności (większość w związku z niepełnosprawnością motoryczną), z przewagą osób w stanie wolnym, bez potomstwa. Oprócz osób z ograniczeniem sprawności (77) w badaniu wzięła również udział grupa osób sprawnych (36).

Uczestnicy wywiadów podali szereg rozwiązań, jak usprawnić system wsparcia osób z ograniczeniem sprawności w Polsce. Niektóre pomysły były radykalne, na przykład wprowadzenie dotkliwych kar za przejawy dyskryminacji. Koncepcje były ciekawe i zróżnicowane, wiele z nich zostało przytoczonych w rozdziale 5. Zgromadzona dzięki badaniu wiedza na temat funkcjonowania w grupie i komunikacji społecznej osób z ograniczeniem sprawności została zaprezentowana w rozdziałach 3 i 4. Diagnozie aktualnej sytuacji osób z ograniczeniem sprawności poświęcony został rozdział 2. W rozdziale 1 przedstawiono teoretyczne tło rozważań.

Książka jest przeznaczona dla tych, którzy są zainteresowani lepszym zrozumieniem sytuacji osób z ograniczoną sprawnością w Polsce, i dla tych, którzy szukają inspiracji do działań wspomagających integrację społeczną. Kierujemy ją przede wszystkim do praktyków. Największy nacisk położono w niej na przedstawienie wyników badań i rekomendacji co do kierunków działań na rzecz opisywanej grupy. Zarówno wyniki, jak i rekomendacje powstawały w odniesieniu do różnych elementów teorii w naukach społecznych. Teorie te stanowiły jednak raczej ramę odniesienia dla praktycznych celów i w związku z tym mają charakter wprowadzający. Zaletą takiego rozwiązania jest wykorzystanie uporządkowanego aparatu pojęciowego wypływającego z głębszej refleksji nad zagadnieniami społecznymi. Naukowcy łatwo odnajdą w tej książce nawiązania i odniesienia do zagadnień czysto teoretycznych. Dane źródłowe, na podstawie których zbudowane zostały wnioski i rekomendacje, znajdują się w archiwum projektu.

Mamy nadzieję, że wśród czytelników znajdą się przedstawiciele samorządów, urzędnicy administracji centralnej, osoby zaangażowane w działalność sektora pozarządowego, przedstawiciele mediów, uczeni. Chcielibyśmy, by publikacja zainspirowała Państwa do tego, by w swoją działalność zawsze włączać myślenie o osobach z ograniczoną sprawnością – niezależnie od tego, czy mają Państwo z nimi do czynienia bezpośrednio, czy kontaktują się z nimi tylko okazjonalnie. Zapraszamy do lektury.

Jakub Iwański i Dominik Owczarek

Warszawa, marzec 2010 roku

Rozdział 1

Znaczenie bycia rozumianym dla osób z ograniczeniem sprawności

Spośród wszystkich dziedzin, w których wskazywaliśmy implikacje płynące z kapitału społecznego, w żadnej waga więzi społecznych nie jest tak wielka, jak w przypadku zdrowia i dobrostanu.

(Putnam, 2000, s. 326)

1.1. Wprowadzenie

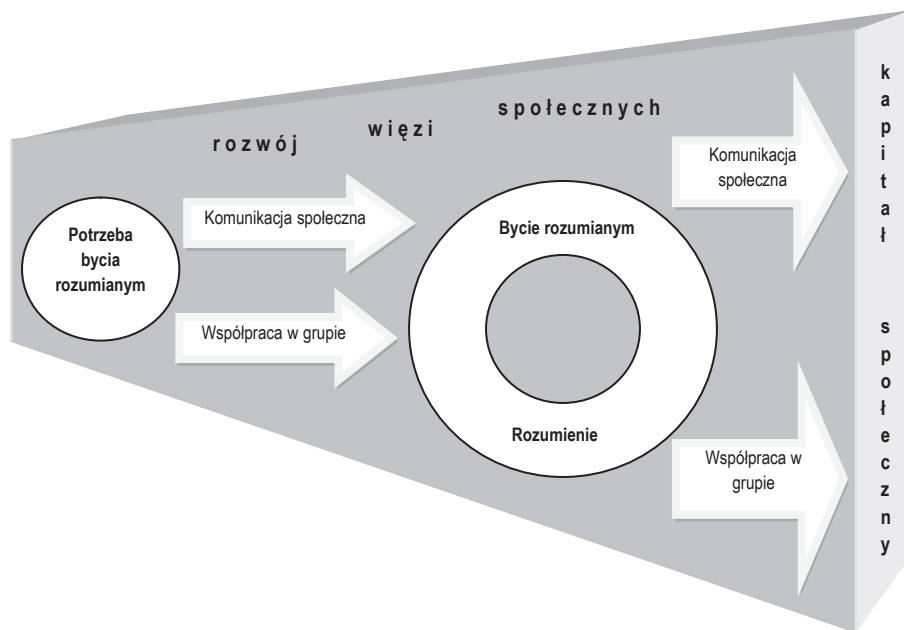
Rozdział ten służy określeniu teoretycznych ram pracy i wprowadzeniu do prezentacji wyników badania. Zawiera rozwinięcie tytułu odnoszącego się do potrzeby bycia rozumianym oraz opisuje znaczenie komunikacji społecznej i współpracy w grupie w zaspokajaniu tej potrzeby u osób z ograniczeniem sprawności. Kolejne podrozdziały zostały poświęcone wyjaśnieniu pojęć: potrzeba bycia rozumianym, komunikacja społeczna, współpraca w grupie, niepełnosprawność. Zanim jednak zajmiemy się rozszyfrowaniem znaczenia poszczególnych pojęć, skierujemy uwagę na całość opisywanego modelu, by uchwycić wzajemne powiązania między jego elementami.

Żeby się rozwijać i samorealizować, jednostka musi być rozumiana i rozumieć innych (Maslow, 1964). Może się to dokonać tylko dzięki budowaniu satysfakcjonujących więzi społecznych. Kluczową rolę w tym procesie odgrywają komunikacja społeczna i współpraca w grupie. Działają one stymulująco na rozwój kapitału społecznego jednostki (ryc. 2).

Izolacja osób z ograniczoną sprawnością prowadzi do zablokowania komunikacji społecznej i współpracy w grupie (Gotlib, Macabe, 1990). Konsekwencją jest zaburzenie procesu budowania sieci kontaktów społecznych, odczuwane zarówno przez jednostkę, jak i przez społeczność. Wywołuje to w jednostce poczucie niezrozumienia, utrudniając jej samorealizację. Społeczeństwo, pozbawione kontaktu z tą jednostką, nie zna motywów jej postępowania ani jej potrzeb, nie wie także, w jaki sposób należy ją traktować. Oznacza to brak spójności społecznej i pogłębienie tendencji do izolowania osoby z ograniczoną sprawnością. Tak w największym uproszczeniu działa mechanizm, który będziemy starali się zgłębić na przykładzie prowadzonego przez nas badania. Przywoływane wyniki będą osadzone w wybranych teoriach psychologicznych i społecznych.

Problem jest realny, ponieważ badania wyraźnie pokazują, że osoby z ograniczoną sprawnością doświadczają redukcji kontaktów społecznych (Halpern,

2005). Z kolei inne badania dowodzą, że to właśnie więzi społeczne są szczególnie potrzebne do radzenia sobie z trudnościami, takimi jak utrata sprawności (Kawachi, Berkman, 2001). Mamy zatem do czynienia z bardzo niekorzystnym mechanizmem, który powoduje, iż osoby z ograniczeniem sprawności dotyka szczególnie dla nich niebezpieczny deficyt kontaktów. Działa tu także sprzężenie zwrotne, które pogłębia izolację i wzajemne niezrozumienie. Na szczęście efektywna komunikacja i współpraca w grupie mają moc przezwyciężania trudności i niezrozumienia (Reykowski, 2007).



Rycina 2. Budowanie kapitału społecznego dzięki zaspokojeniu potrzeby bycia rozumianym oraz rozwój więzi społecznych na drodze komunikacji społecznej i współpracy w grupie

Źródło: opracowanie własne.

Podstawową kwestią jest zatem to, w jakim momencie osobistego rozwoju konkretna osoba doświadcza niepełnosprawności i czy uda się uruchomić stymulujące rozwój kapitału społecznego jednostki działanie komunikacji i współpracy w grupie. Korzyść odnosi wtedy zarówno jednostka, jak i całe społeczeństwo – bezpośrednio, dzięki większej spójności społecznej (*social cohesion*), i pośrednio, dzięki wkładowi potencjału jednostki w ogólny rozwój społeczny. Mając w pamięci opisane tu zjawisko, przejdziemy teraz do omówienia jego składowych.

1.2. Potrzeba bycia rozumianym

Określenie „potrzeba bycia rozumianym” może wywoływać różne skojarzenia: dziecko próbuje opowiedzieć babci ważną dla siebie historię, nie opierając jeszcze precyzyjnymi pojęciami; nieznający języka cudzoziemiec pyta o lekarstwo w obcym kraju; nauczyciel usiłuje przekazać informację o niewłaściwym zachowaniu ucznia rodzicom zakochanym w swoim jedynaku; zdenerwowany uczestnik wypadku drogowego usiłuje wyjaśnić, co zaszło, przesłuchującemu go policjantowi. Wszystkie te osoby mają potrzebę bycia zrozumianymi. Nam nie chodzi jednak tylko o dosłowne rozumienie słów, lecz także o empatię, wczucie się w położenie drugiej osoby, trafne wnioskowanie o jej intencjach, akceptację.

W psychologii humanistycznej zwykło się mówić o hierarchii potrzeb. Najbardziej znana teoria Abrahama Masłowa (1964) głosi, że zaspokojenie potrzeb podstawowych pozwala jednostce zaangażować się w realizację potrzeb wyższych. Potrzeba bycia rozumianym plasuje się w samym środku piramidy potrzeb, między leżącymi u podstaw potrzebami fizjologicznymi (oddychanie, picie, jedzenie, sen, popęd seksualny) i bezpieczeństwem (ochrona i obrona) a znajdującą się na wierzchołku piramidy potrzebą samorealizacji. Z potrzebą bycia rozumianym łączą się co najmniej dwa poziomy potrzeb wymieniane przez tę teorię: przynależność i szacunek.

Przynależność zakłada istnienie więzi społecznych – w rodzinie, miejscu pracy, sąsiedztwie, lokalnej społeczności czy społeczeństwie, i indywidualnych – objawiających się wchodzeniem w bliskie relacje, oparte na zaufaniu, miłości i obustronnej akceptacji.

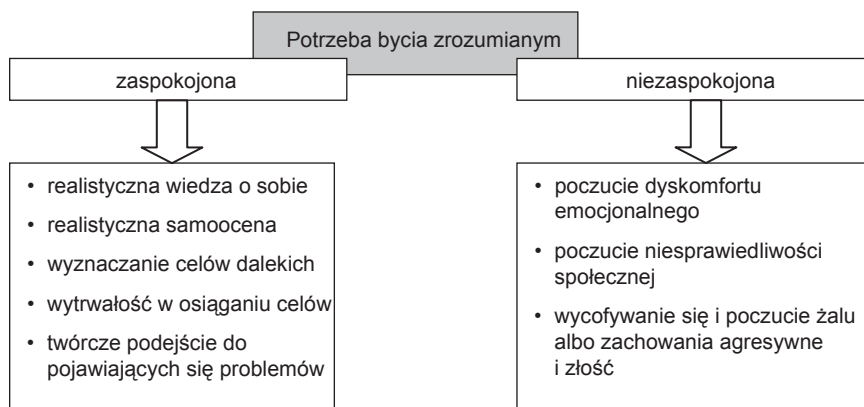
Przynależność ma więc w sobie pierwiastek bierności, w pewnym stopniu nawet podporządkowania się czemuś, zakłada stabilność, niemal bezwarunkowe oparcie dla jednostki.

Szacunek wiąże się z aktywnością, z realizacją zadań, z pracą, która podnosi poczucie własnej wartości, daje poczucie kompetencji, buduje zaufanie do siebie.

Bycie rozumianym ujmowane w perspektywie przynależności oznacza akceptację osoby, a w perspektywie szacunku oznacza też wiedzę o tym, czym ta osoba się zajmuje, co i jak robi. Rozumienie kogoś wiąże się zatem jednocześnie z okazywaniem akceptacji i znajomością sytuacji, w jakiej druga osoba się znajduje.

Zaspokojenie potrzeby bycia rozumianym ułatwia drogę do samopoznania, wyznaczenia sobie celów działania czy nawet celów życiowych, wykorzystania potencjału (ryc. 3). Niezaspokojona potrzeba bycia rozumianym powoduje z kolei dyskomfort, frustrację, żal i agresję, wywołuje chęć obrony własnej tożsamości, zmusza do poszukiwania nowej tożsamości, prowadzi do prób potwierdzania własnej wartości, rodzi poczucie niespełnienia, niewdzięczności

i buntu, co może prowadzić do izolacji, nieufności, podejrzliwości, do zachowań ryzykownych, chuligańskich lub autodestrukcyjnych.

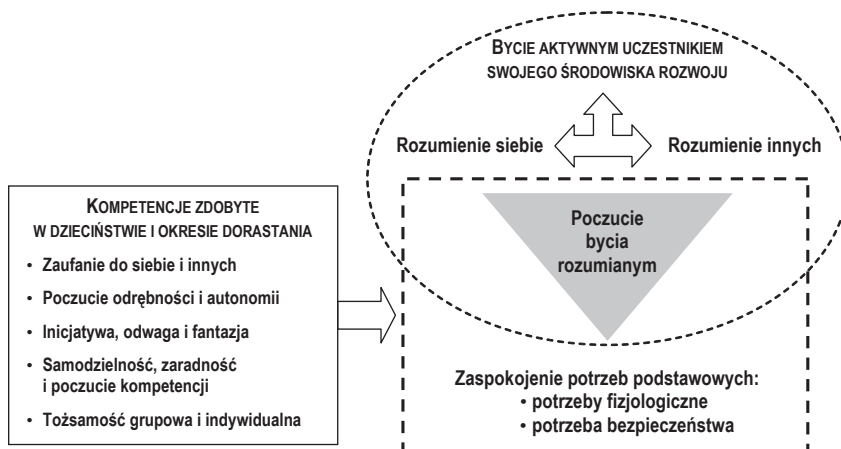


Rycina 3. Konsekwencje zaspokojonej i niezaspokojonej potrzeby bycia rozumianym

Źródło: opracowanie Anna I. Brzezińska.

Bardzo trudno jest jednostce zmierzyć się z niezrozumieniem i nie zaniegować albo siebie, albo otoczenia. Trwanie w sytuacji braku zrozumienia ze strony otoczenia i jednocześnie dążenie do samorealizacji oznacza nieustanne zmaganie się z przykrością bez próby obwiniania siebie, bez chęci odwetu na innych, bez uciekania się do rozmaitych sposobów skompensowania sobie tego stanu. Jest to zadanie niezwykle trudne, można by rzec – heroiczne. Osoba taka musi czerpać siłę z jakiejś szczególnej, pozytywnej, odmiennej od pozostałych, wybranej relacji. Musi też mieć doskonały kontakt z samą sobą, świetnie rozumieć siebie. Trudno sobie wyobrazić, by ktoś taki nie posiadał zdolności rozumienia innych. Być może to właśnie ta zdolność pozwala mu nie oceniać negatywnie tych, którzy nie są w stanie okazać mu zrozumienia.

Zarówno rozumienie siebie, jak i rozumienie innych zależy zatem od poczucia bycia rozumianym, które z kolei poprzedzają zaspokojenie potrzeb niższego rzędu oraz pomyślne przejście kolejnych stadiów rozwoju i rozwiązanie towarzyszących im konfliktów (Erikson, 1959). Z problemem rozumienia bezpośrednio wiąże się okres adolescencji i wczesnej dorosłości, kiedy kształtują się tożsamość i zdolność do kochania przy jednoczesnym respektowaniu własnej odrębności. Jednak na zdolność rozumienia siebie i innych najsilniejszy wpływ ma pozytywne przejście wcześniejszych etapów rozwojowych, a więc zdobycie zaufania do opiekuna, osiągnięcie samokontroli, podjęcie inicjatywy w zabawach, wypracowanie sukcesów w szkole (ryc. 4).



Rycina 4. Kształtowanie się poczucie bycia rozumianym

Źródło: opracowanie Anna I. Brzezińska.

Do tej pory zastanawialiśmy się nad uniwersalną potrzebą bycia rozumianym, powiązaną z rozumieniem samego siebie i okazywaniem zrozumienia innym. Mowa była o dwóch aspektach bycia rozumianym:

- (1) biernym, powiązanym z poczuciem przynależności i tożsamości, którego głównym przejawem jest akceptacja;
- (2) czynnym, powiązanym z zaangażowaniem jednostki w pracę, co skutkuje pozytywną oceną otoczenia, zdobyciem szacunku i poczucia kompetencji.

Są to dwa rodzaje akceptacji i miłości: bezwarunkowa, przynależna każdemu członkowi grupy, i warunkowa, na którą trzeba sobie zasłużyć, spełniając określone standardy. Wspominaliśmy także, że choć potrzeba ta ma kluczowe znaczenie w okresie adolescencji i wczesnej dorosłości, jej zaspokojenie jest możliwe dzięki pozytywnemu przejściu wcześniejszych okresów rozwojowych i realizacji potrzeb niższego rzędu. Pojawiają się tutaj istotne pytania:

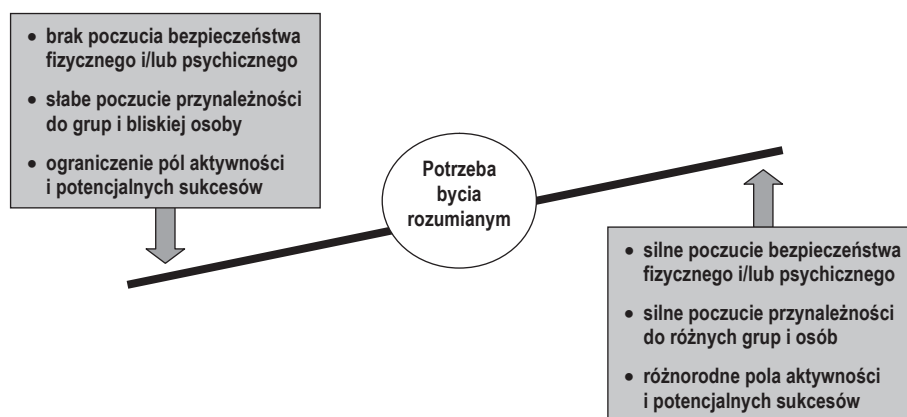
- (1) Jak wygląda kwestia zaspokojenia potrzeby bycia rozumianym u osób z ograniczoną sprawnością?
- (2) Czy ograniczenie sprawności ułatwia, czy utrudnia rozumienie innych i bycie rozumianym?
- (3) W jakich sytuacjach czy okolicznościach pojawia się poczucie bycia nierozumianym?

W przypadku osób, które od najmłodszych lat doświadczają ograniczenia sprawności, jeszcze większe znaczenie niż u osób sprawnych ma pozytywne przejście przez wczesne okresy rozwoju. „Pozytywne przejście” oznacza nabycie wiedzy i umiejętności, które zwykle są udziałem większości dzieci i młodzieży w danym przedziale wieku. Oczywiście, podstawową rolę mają w tym czasie do odegrania opiekunowie, przede wszystkim rodzice i nauczy-

ciele. Za cel ukierunkowujący wszystkie ich kontakty z mniej sprawnym od rówieśników dzieckiem czy nastolatkiem powinni postawić sobie dążenie do jego maksymalnego usamodzielnienia i jednoczesnego wzmocnienia w nim poczucia kompetencji (Brzezińska, Kaczan, 2008).

W przypadku realizacji potrzeby bycia rozumianym u osób z ograniczoną sprawnością oprócz potrzeby przynależności, stworzenia bliskiego związku oraz realizowania się w pracy i zyskiwania szacunku do głosu dochodzi również bardziej podstawowa potrzeba bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego. Bycie rozumianym oznacza niekiedy dbałość innych osób o codzienne sprawy, na przykład o pozostawienie większej przestrzeni na przejazd wózkiem inwalidzkim lub o oznaczenie miejsc niebezpiecznych z myślą o osobach, które utraciły wzrok.

W przypadku osób z ograniczoną sprawnością niezaspokojenie potrzeby bycia rozumianym wiąże się bardzo często z brakiem poczucia bezpieczeństwa, osłabieniem poczucia przynależności i ograniczeniem poczucia sukcesu (rys. 5). Jeżeli osoby te z dzieciństwa i okresu dorastania wyniosły wiele pozytywnych doświadczeń i względną samodzielność, to prawdopodobnie będą w stanie rozumieć siebie i innych i potrafią tak ukształtować swoje otoczenie, by zapewnić sobie możliwość dalszego rozwoju. Jeśli jednak nie dysponują takimi zasobami wyniesionymi z domu, to będą narażone na te same przykre konsekwencje, o których była już mowa wcześniej, przy ograniczonych możliwościach odreagowania stresu czy dokonanie zmian w swoim otoczeniu. Może to oznaczać trudną do zniesienia zależność od innych i jednocześnie poczucie odrzucenia i bezradności w typowych codziennych życiowych sytuacjach, z którymi w pełni sprawni rówieśnicy radzą sobie bez problemu.



Rycina 5. Czynniki wpływające na poziom zaspokojenia potrzeby bycia rozumianym

Źródło: opracowanie Anna I. Brzezińska.

W naszym badaniu oprócz przeprowadzenia autodiagnozy sytuacji życiowej i zawodowej osób z ograniczoną sprawnością sprawdzaliśmy także, na ile komunikacja społeczna i funkcjonowanie w grupie zaspokajają podstawową dla jakości funkcjonowania potrzebę bycia rozumianym.

Warto podkreślić, że przywoływane w tej pracy teorie potrzeb i komunikacji stanowią oparcie dla prezentowanych wyników badań, ale nie wyczerpują katalogu podejść, jakie można by przyjąć za punkt odniesienia przy opisie tematu (analiza narracji).

Nadrzędnym celem tej pracy jest przyczynienie się do rozumienia sytuacji osób z ograniczoną sprawnością. Zaproponowane teorie mają stworzyć kontekst interpretacyjny umożliwiający czytelnikowi – praktykowi relacji z osobami z ograniczoną sprawnością – spojrzenie z szerszej perspektywy na otrzymane wyniki.

1.3. Komunikacja społeczna a komunikacja interpersonalna

Jak już podkreślaliśmy, jedynym sposobem na bycie zrozumianym przez innych jest właściwa komunikacja między wszystkimi podmiotami interakcji. Interakcja ta może mieć wymiar indywidualny – i wtedy przyjmuje postać komunikacji interpersonalnej – lub wymiar społeczny, polegający na bezpośrednim komunikowaniu się w grupie.

Termin „komunikacja interpersonalna” jest stosowany przez nas w tym opracowaniu wtedy, kiedy chcemy odnieść się do węższego znaczenia komunikacji osób niepełnosprawnych z innymi osobami w bezpośrednim kontakcie, czyli kiedy opisujemy interakcję twarzą w twarz. Koncentrujemy się wówczas na wyabstrahowanym z kontekstu innych interakcji konkretnym przypadku komunikowania się (Nęcki, 1996), na samym procesie i uczestniczących w nim mechanizmach.

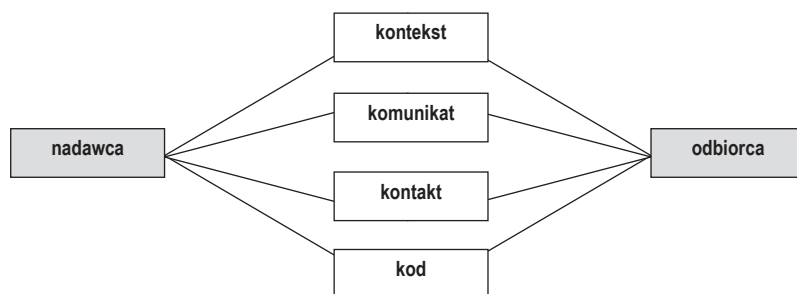
Termin „komunikacja społeczna” dotyczy natomiast bezpośredniego lub pośredniego kontaktowania się z większymi grupami i przekracza poziom bliskiej interakcji z jedną lub dwiema osobami. W zakres tego pojęcia będzie też wchodziło komunikowanie się z instytucjami i organizacjami – zazwyczaj za pośrednictwem jakiegoś przedstawiciela lub innego medium, na przykład urzędowych pism lub Internetu. Komunikacja społeczna zakłada także wzięcie pod uwagę całego szumu informacyjnego, z którego da się wyłowić strzępki wiedzy, ocen, informacji zwrotnych i stereotypów na temat niepełnosprawności.

Rozróżnienie komunikacji interpersonalnej i społecznej pozwala na dokładniejszą analizę. W kolejnym podrozdziale koncentrujemy się na komunikacji ustnej, pierwotnej wobec komunikacji pisanej, która rządzi się innymi prawami.

1.3.1. Elementy i funkcje procesu komunikacji

Komunikacja jest procesem wymiany z innymi ludźmi, który przebiega na wielu poziomach: (1) wypowiedzianych treści – wymiar poznawczy; (2) przekazywanych emocji – wymiar afektywny; i (3) przejawianych zachowań – wymiar behawioralny (Manstead, Hewstone, 2001).

Znaczna część komunikacji ma charakter niewerbalny (Kurcz, 2000). Składają się na nią różnego rodzaju gesty, spojrzenia, mimika, relacje przestrzenne, postawa ciała, budowa ciała, wygląd, oznaki stanów fizjologicznych, czynniki paralingwistyczne. Przekaz informacji następuje w sposób błyskawiczny, zazwyczaj nieuświadomiony. Komunikacja werbalna angażuje bardziej zaawansowane struktury poznawcze mózgu. Pozwala rozumieć abstrakcyjne treści, ale przekaz następuje powoli i jest narażony na zniekształcenia. O tym, jak bardzo zautomatyzowany i skomplikowany jest to mechanizm, może się przekonać każdy, kto spróbuje świadomie śledzić i kontrolować swoje zachowanie, na przykład podczas gry towarzyskiej, w której partnerzy próbują zataić pewne informacje i wprowadzić w błąd przeciwników. Na poziomie werbalnym jest to proste, jak jednak opanować drżenie głosu i rumieniec na twarzy? Na co dzień obie te drogi: werbalna i niewerbalna, działają razem, doskonale zestrojone. Pierwsza jest bardziej związana z treścią i poetyką przekazu, druga – z utrzymaniem kontaktu między osobami, informacją na temat łączących je relacji, stanu, w jakim są interlokutorzy, i stosunku emocjonalnego do wymienianych treści (Aronson, Wilson, Akert, 1997).



Rycina 6. Schemat komunikacji według Romana Jakobsona

Źródło: opracowanie własne.

W klasycznym dziś ujęciu komunikacji interpersonalnej Roman Jakobson (1989) wyróżnił sześć czynników konstruujących komunikację i sześć odpowiadających im funkcji. Są to: nadawca, kontekst, komunikat, kontakt, kod i adresat, oraz funkcje: ekspresyjna, referencyjna, poetycka, fatyczna, meta-językowa i perswazyjna. Między nadawcą a odbiorcą wymieniana jest pewna informacja zwana tu kontekstem (funkcje ekspresyjna i referencyjna). Jest

ona ubrana w formę komunikatu (funkcja poetycka). Procesowi towarzyszą utrzymanie kontaktu (funkcja fatyczna) i sygnały świadczące o poprawnym rozumieniu komunikatu przez odbiorcę (funkcje metajęzykowa i perswazyjna) (ryc. 6).

Przeprowadzone przez nas badanie polegało między innymi na śledzeniu realizacji wymienionych tutaj funkcji. W tabeli 2 przedstawione zostały wskaźniki, które braliśmy pod uwagę. Mając do dyspozycji szereg informacji dotyczących osób badanych, skoncentrowaliśmy się na poszukiwaniu prawidłowości rządzących procesem komunikacji uczestników wywiadów i identyfikacji grup o zbliżonych parametrach realizacji poszczególnych funkcji komunikacyjnych.

Tabela 2. Funkcje komunikacji i ich reprezentacja w badaniu

L.p.	Czynnik	Funkcja	Wskaźnik	Wnioskowanie
1.	nadawca	ekspresyjna	• liczba wypowiedzi	• analiza wypowiedzi – produktywność
2.	kontekst	poznawcza (referencyjna)	• treść wywiadów	• analiza wypowiedzi – poruszone tematy
3.	komunikat	poetycka	• dobór słów	• analiza wypowiedzi – kompetencja językowa
4.	kontakt	fatyczna	• potakiwanie	• analiza wypowiedzi – podtrzymywanie rozmowy
5.	kod	metajęzykowa	• pytania	• analiza wypowiedzi – uzgadnianie znaczeń
6.	adresat	perswazyjna	• bezpośrednie zwroty	• analiza wypowiedzi – wpływ na odbiorcę

Źródło: opracowanie własne.

Zaprezentowany w tabeli schemat wnioskowania mógłby z powodzeniem uwzględniać także zachowania niewerbalne, co wzbogaciłoby obraz komunikacji. W ramach prowadzonego badania zabrakło już na to miejsca. Udało się za to przeprowadzić szczegółową analizę mowy osób badanych. Wyniki, będące rozwinięciem poetyckiej funkcji komunikacji, zostały zamieszczone w rozdziale 3.

Wskazówek do zrozumienia złożoności opisanego tu zjawiska komunikacji dostarcza kolejny podrozdział, poświęcony nabywaniu kompetencji językowych w procesie rozwoju człowieka.

1.3.2. Kształtowanie się kompetencji językowych i komunikacyjnych

W kontekście pytań o związek między utratą sprawności a umiejętnościami komunikacyjnymi należy przyrzeć się specyfice nabywania kompetencji językowych i komunikacyjnych w rozwoju człowieka.

Kompetencją komunikacyjną nazywa się w psycholingwistyce umiejętność posługiwania się językiem w sposób adekwatny do sytuacji i do odbiorców (Hymes, 1972). Do efektywnej komunikacji potrzebne jest przestrzeganie pewnych konwencji: rozróżnienie rzeczywistości od fikcji i współpraca między rozmówcami w dziedzinie ustalania znaczeń. Nadawca powinien uzupełniać znaną już wiedzę, trzymać się faktów, mówić na temat, w sposób jednoznaczny. Odbiorca powinien, słuchając, budować model umysłowy tego, co słyszy (Kurcz, 2000). Zarówno po stronie nadawcy, jak i odbiorcy konieczny jest wysiłek w celu porozumienia się.

Nabywanie kompetencji komunikacyjnych może trwać całe życie, ponieważ w miarę rozwoju jednostka spotyka coraz to nowych odbiorców i znajduje się w nowych dla siebie sytuacjach społecznych. Można jednak wymienić kilka głównych okresów nabywania biegłości w komunikowaniu. Te najważniejsze ze względu na nabycie języka przypadają na pierwszy i połowę drugiego etapu rozwoju człowieka: okres niemowlęcy i dzieciństwo (Brzezińska, 2008).

- Do ukończenia pierwszego roku życia, w czasie najbardziej intensywnego rozwoju biologicznego, dziecko komunikuje się z otoczeniem głównie przez płacz, spojrzenia, ruch ciała, gesty, mimikę, wokalizację. W tym czasie chłonie język dorosłych, żywo na niego reaguje, opanowuje kilka podstawowych słów, którymi posługuje się tak, jakby były „zdaniami” – na początku jedno wypowiedziane przez dziecko słowo dla odbiorcy oznacza całą sekwencję tego, o co chodzi dziecku albo co dorosły ma wykonać.
- Drugi i trzeci rok życia, zwany wczesnym dzieciństwem, jest to czas, kiedy zaczyna się intensywny rozwój społeczny. W nauce języka charakteryzują go szybkie przyswajanie nowych słów (kilka dziennie) i liczne eksperymenty językowe, w tym tworzenie neologizmów.
- W wieku około trzech lat dziecko zaczyna wyrażać się poprawnie, tworząc krótkie zdania, a tempo zdobywania nowych słów nie maleje.
- Do szóstego roku życia dziecko zdobywa podstawowe sprawności językowe i komunikacyjne (Kielar-Turska, 2000). Dalsza nauka polega na rozbudowie istniejącej bazy o nowe słowa, wiedzę o języku, warsztat pisarski, rozpoznawanie konwencji, umiejętności retoryczne.

Późne dzieciństwo, okres między szóstym/siódмым a dwunastym rokiem życia, przynosi eksplorację różnych pozadomowych środowisk. Jest to czas niezwykle ważny ze względu na nawiązywanie nowych znajomości, ćwiczenie się w zabawie językiem, a także uczenie się aprobowanych przez społeczeństwo norm użycia języka stosownie do sytuacji.

Okres dorastania, rozpoczynający się mniej więcej w dwunastym roku życia i przechodzący płynnie w dorosłość około dwudziestego-dwudziestego piątego roku życia, to z kolei czas intensywnego rozwoju psychicznego. Dla doskonalenia umiejętności komunikacyjnych oznacza to naukę nazywania uczuć, dogadywania się z bliską osobą, zróżnicowanego wyrażania swoich przeżyć i myśli, zdolność rozwiązywania sytuacji konfliktowych, coraz częściej najpierw mentalnie, a potem w rzeczywistości.

Dorosłość to okres, kiedy wszystkie zdobyte dotąd umiejętności w dziedzinie komunikacji służą do pełnienia ról małżonka, rodzica, pracownika, obywatela (i innych). Nie powinien oznaczać stagnacji, lecz doskonalenie posiadanych narzędzi po to, by lepiej dostosowywać się do zmieniających się realiów, nowych odbiorców i sytuacji życiowych. Skuteczną komunikację, opartą na precyzyjnym nadawaniu i uważnym słuchaniu, powinno wzmacniać użycie parafraz, przykładów, pytań pomocniczych, nawiązań, mówienie we własnym imieniu. W naszym badaniu postanowiliśmy upewnić się, czy tak właśnie się dzieje, i dowiedzieć się, jakie czynniki mogą wpływać na jakość i produktywność przeprowadzonych wywiadów. W tym celu wypowiedzi wszystkich uczestników opatrzone odpowiednimi kodami (zob. rozdział 3).

W świetle przedstawionej teorii jakość i liczba cytatów uzyskanych podczas badań powinna zależeć głównie od wieku uczestników, a dokładniej – od związanych z wiekiem doświadczeń i biegłości posługiwania się językiem. Pojawia się jednak pytanie o to, jakie znaczenie dla rozwoju kompetencji komunikacyjnych mogło mieć ograniczenie sprawności osób badanych? Nie bierzemy tutaj pod uwagę niepełnosprawności bezpośrednio wpływających na jakość komunikowania się, jak na przykład utrata wzroku albo jąkanie lub inne zaburzenia mowy.

Zgodnie z teorią można się spodziewać, że ewentualny wpływ niepełnosprawności powinien zależeć od wieku jej nabycia:

- wcześniej pojawiająca się niepełnosprawność może zakłócić doskonalenie komunikacji niewerbalnej i szybką naukę języka;
- późniejsza utrata sprawności może utrudnić swobodę nawiązywania kontaktów, zmniejszyć ich różnorodność, spowolnić eksplorację otoczenia i przyswajanie nowych pojęć;
- pojawienie się niepełnosprawności w okresie dorastania może negatywnie odbić się na umiejętności swobodnego wyrażania samego siebie i rozumienia innych;
- utrata sprawności w okresie dorosłości nie powinna znacząco wpłynąć na kompetencje komunikacyjne.

1.3.3. Komunikacja społeczna a wykluczenie

Komunikacja społeczna zakłada nakładanie się na siebie bardzo wielu różnorodnych komunikatów. Część z nich zawiera nowe treści, część jest echem dawnych wypowiedzi. W dodatku, kiedy w grę wchodzi pośrednicy, droga komunikacji wydłuża się, a jakość przekazu drastycznie spada (głuchy telefon). Prawda miesza się z fałszem, fakty z domysłami.

W komunikacji społecznej na temat niepełnosprawności, jak relacjonują badani, dochodzi do bardzo wielu przekłamań. Podobnie zachowania osób sprawnych wobec osób z ograniczeniem sprawności odbiegają od oczekiwań tych ostatnich. Niepełnosprawni niejednokrotnie spotykają się z brakiem ak-

ceptacji, dyskryminacją, a nawet agresją (fizyczną i słowną). Z drugiej strony wiele osób traktuje osoby z ograniczoną sprawnością w sposób nadopiekuńczy, nacechowany litością. Bywa to instrumentalnie wykorzystywane przez osoby niepełnosprawne.

Mamy tu do czynienia z długotrwałym procesem, który wykracza poza możliwość oddziaływania pojedynczych osób czy nawet grup nacisku. Jednym z kluczowych problemów zasygnalizowanych przez uczestników wywiadów jest ich mylny odbiór społeczny. Zetknięcie ze stereotypem, choćby nacechowanym pozytywnie, utrudnia wchodzenie w interakcje i budowanie relacji, co pogłębia tylko niezrozumienie.

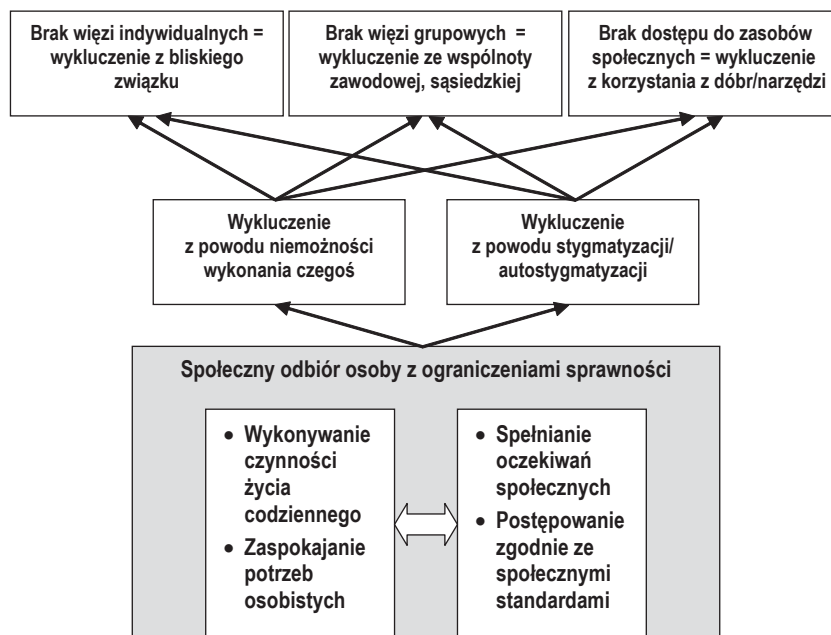
Jednym z elementów komunikacji społecznej jest stereotypizacja i autostereotypizacja (Wojciszke, 2003), w tym przypadku – nadawanie i odbiór komunikatów związanych ze społecznym postrzeganiem osób z ograniczeniem sprawności. Osoby te są postawione w samym centrum procesu kształtowania wizerunku własnej grupy. Ich reakcje na informację zwrotną płynącą z zewnątrz tworzą sprzężenie zwrotne. Przykładowo, osoba ostro egzekwująca swoje prawa, jeśli trafi na partnerów nierozumiejących jej sytuacji, może zyskać etykietkę roszczeniowej i awanturniczej. Konsekwencją będzie unikanie tej osoby po to, by nie przysparzać sobie kłopotów. Z kolei u tej osoby zwiększy się poczucie dyskryminacji, co wywoła większe wzburzenie i poczucie krzywdy. Bardzo trudno jest dostrzec opisany tu mechanizm, będąc w centrum zdarzeń, nie mając odpowiedniego dystansu. Osoby z ograniczeniem sprawności zwykle bezwiednie kształtują komunikację społeczną dotyczącą niepełnosprawności.

Podobnie jak wszyscy wokół, niepełnosprawni podlegają ocenie i sami siebie oceniają pod względem zdolności i efektywności wykonywania różnego rodzaju czynności w życiu codziennym. Mogą to być zakupy w sklepie czy przez Internet, wykonywanie wymaganych prawem lub obyczajem czynności w urzędzie podatkowym, banku, na poczcie, u fryzjera, u lekarza, w kościele, w filharmonii, księgarni, restauracji, hotelu, parku, na stoku narciarskim. Wszystkie te działania są jednoznaczne z zaspokajaniem swoich potrzeb. Sprawność w ich wykonywaniu wpływa na to, w jakim stopniu dane osoby są spostrzegane – i same siebie spostrzegają – jako samodzielne i samowystarczalne, a w jakim zakresie jako potrzebujące wsparcia lub całkowitego wyręczenia.

Innym wskaźnikiem do tworzenia obrazu jednostki i grupy jest spełnianie oczekiwań i standardów społecznych. Punktem wyjścia jest tu sama umiejętność odczytania oczekiwań, nie zawsze wyrażonych bezpośrednio i otwarcie. Odgrywanie roli społecznej i spełnianie standardów polega na dostosowywaniu się do dynamicznie zmieniających się wytycznych. Ustala je grupa odniesienia, do której należy lub aspiruje osoba z ograniczoną sprawnością. W tym procesie następuje zjawisko porównań społecznych. Dana osoba sprawdza, jak plasuje się na różnych wymiarach społecznego funkcjonowania w zesta-

wieniu z ludźmi, których uznaje za podobnych do siebie. Otrzymany wynik wpływa na myślenie o sobie i innych, interpretowanie i tworzenie komunikatów.

Jeżeli osoby z ograniczoną sprawnością postrzegają siebie jako słabsze, nieporadne, gorsze od innych, to taki właśnie komunikat o sobie wysyłają światu. W konsekwencji tak też są postrzegane, i traktowane inaczej niż wszyscy, na przykład wykluczane z pewnych sfer życia. Następuje tu mechanizm samospełniającej się przepowiedni. Niezależnie od stopnia sprawności osoba nieprzygotowana na kontakt z tym zjawiskiem bardzo łatwo może mu ulec. Rycina 7 przedstawia procesy, jakie zachodzą w związku ze społecznym odbiorem osób z ograniczeniem sprawności. Co istotne, u samego początku nie stoi wcale ograniczenie sprawności, ale pytanie o to, jak wygląda twoje życie, jak ci idzie, biorąc pod uwagę to, że – załóżmy – masz jedną rękę. Etykieta „ograniczenie sprawności” pojawia się w wyniku konstatacji, że w porównaniu z innymi idzie ci gorzej.



Rycina 7. Komunikacja społeczna a obszary wykluczania

Źródło: opracowanie Anna I. Brzezińska.

W wyniku uruchomionego procesu coraz wyraźniej zarysowuje się granica między osobą (grupą) z ograniczeniem sprawności a osobami sprawnymi. Prowadzi to niekiedy do powstania zupełnie odrębnych, nieprzenikających się nawzajem rzeczywistości. Z perspektywy społeczeństwa jako całości można

mówić w takiej sytuacji o społecznym wykluczeniu osób z ograniczoną sprawnością. Ma ono charakter wielowymiarowy:

- (1) pogłębienie domniemanej niepełnosprawności przez jej usankcjonowanie i brak potrzeby zmiany;
- (2) stereotypizacja i stygmatyzacja na poziomie społecznego odbioru;
- (3) redukcja więzi społecznych przez izolowanie, niedopuszczanie, niewchodzenie w interakcje;
- (4) ograniczenie dostępu do różnych dóbr i zasobów.

Katalog ten nie jest kompletny i można by włączyć do niego kolejne kategorie. Zawiera on obszary i postaci wykluczenia, z jakimi wielokrotnie spotykają się osoby z ograniczoną sprawnością. Trudność w funkcjonowaniu społecznym tych osób wiąże się nie tylko z przewyciężaniem własnych ograniczeń, lecz także z przełamywaniem barier społecznych.

Komunikacja społeczna w najszerszym znaczeniu, rozumiana jako szereg jednoczesnych interakcji i obiegu informacji pomiędzy wieloma podmiotami, rządzi się swoimi prawami. Stanowią one potencjalną pułapkę dla osób z ograniczeniem sprawności. Stereotypizacja i autostereotypizacja, uproszczenia, skróty myślowe, takie jak choćby w nomenklaturze: ktoś niepełnosprawny, a ktoś z ograniczoną sprawnością, samospełniające się przepowiednie, wszystko to może z powodów od nas niezależnych działać na niekorzyść osób wykluczanych. Szkodę ponosi przy tym całe społeczeństwo, ponieważ marnuje się energię i potencjał wielu ludzi, a podziały i brak kooperacji powodują niewykorzystanie zasobów, jakimi dysponują także osoby z ograniczeniem sprawności.

W kolejnym podrozdziale przyjrzymy się funkcjonowaniu osób z ograniczeniem sprawności w grupach. Przekonamy się, czy komunikacja społeczna w małych grupach może być sposobem na przewyciężenie negatywnych tendencji, o których była mowa.

1.4. Funkcjonowanie w grupie

Każdy człowiek należy do wielu rozmaitych grup zbudowanych w oparciu o więzi plemienne, rodzinne, rówieśnicze, sąsiedzkie, o wspólnotę zainteresowań, przekonań, doświadczeń. Bogdan Wojciszke (2003, s. 376) definiuje grupę społeczną jako:

(...) dwie lub więcej osób, które (1) komunikują się ze sobą i wzajemnie na siebie wpływają, szczególnie w bezpośrednich kontaktach „twarzą w twarz”; (2) mają poczucie przynależenia nawzajem do siebie (myślą o sobie „my”) oraz (3) mają wspólny cel.

Należy zwrócić uwagę, że pierwszym czynnikiem pojawiającym się w definicji grupy jest komunikacja, na którą zwróciliśmy szczególną uwagę. Warto po raz kolejny zaznaczyć, że komunikacja jest warunkiem jakiegokolwiek

funkcjonowania społecznego. Od jakości komunikacji oraz kompetencji komunikacyjnych osób z ograniczoną sprawnością zależy więc przekazywanie informacji o własnych potrzebach i sposobach ich zaspokojenia, jak również funkcjonowanie społeczne.

Drugi element definicji – poczucie przynależenia do grupy – jest związany z subiektywnym odczuwaniem więzi z pozostałymi osobami. Polega ono na identyfikowaniu poszczególnych członków grupy z sobą samym. Indywidualną tożsamość każdej osoby w grupie wyznaczają w jakiejś mierze wspólne kontakty, chęć przebywania w swoim towarzystwie. Osoby z ograniczoną sprawnością – podobnie jak osoby sprawne – funkcjonują w różnych grupach (takich jak rodzina, rówieśnicy, sąsiedzi, hobbyści, grupa zawodowa, a w szerszej skali – mieszkańcy danego kraju czy kontynentu) i identyfikują się do pewnego stopnia z ich członkami. Można też zakładać, że osoby z ograniczoną sprawnością identyfikują się także z grupami bardziej specyficznymi i dla nich tylko właściwymi, takimi jak grupa osób z ograniczoną sprawnością w ogóle, grupa osób niepełnosprawnych w tym samym mieście lub grupa osób o określonym ograniczeniu sprawności.

Trzeci czynnik definiujący grupę to nastawienie na realizację określonego celu. Utożsamienie się z członkami grupy, bliskie kontakty, wzajemne zależności, wpływanie na siebie, są związane z podążaniem w tym samym kierunku. Wspólnota celów może przybrać różne formy: w rodzinie będzie to wspieranie osób połączonych „wiazami krwi”, w grupie rówieśniczej – wykonywanie aktywności właściwych dla danego wieku, w grupie zainteresowań – dzielenie się kwestiami, które nurtują pasjonatów problemu, w grupie zawodowej – podnoszenie swoich kompetencji profesjonalnych.

Pełnowymiarowe i pozytywne funkcjonowanie w grupach daje ludziom poczucie, że są na swoim miejscu i mogą budować swoją tożsamość w odniesieniu do danej grupy. Ponadto korzyścią dla członków jest wsparcie w codziennym przeżywaniu doświadczeń, jakie ich spotykają. Co więcej, działanie w grupie umożliwia realizację celów, jakich nie można by osiągnąć samodzielnie ze względu na stopień złożoności czy trudność przedsięwzięcia. Pozytywne kontakty, jakimi dysponuje dana osoba czy grupa, dobrze wpływają na zdrowie fizyczne i psychiczne, rozwój osobowy, poczucie szczęścia i sukcesu w życiu, powodzenie zawodowe i ekonomiczne (Lin, 1999; Dasgupta, Serageldin, 2000; Putnam, 2000; Halpern, 2005).

Pod względem roli i korzyści z funkcjonowania w grupie osoby z ograniczoną sprawnością nie różnią się od osób sprawnych. To, co może odróżniać te osoby, to:

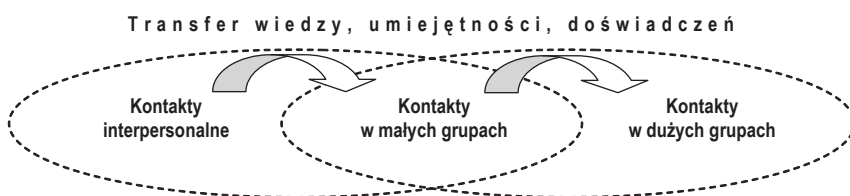
1. Rodzaj grup, do których należą: zróżnicowanie w przynależności do niektórych grup jest oczywiste (np. grupa sprawnych, grupa niepełnosprawnych), ale do innych może być już przejawem wykluczenia i dyskryminacji (np. niewielka liczba osób z ograniczeniem sprawności wśród parlamentarzystów czy zarządów dużych spółek).

2. Rodzaj i zakres przedsięwzięć, w które angażują osoby sprawne oraz nie-sprawne.
3. Wielkość i jakość wsparcia, jakie wymieniane jest w ramach grupy.

Wymienione kategorie różnic stanowią właśnie o jakości funkcjonowania w grupach i jakości funkcjonowania społecznego w ogóle. Życie osób z ograniczoną sprawnością, ich relacje z ludźmi, działania i cele, jakie realizują, są często innej jakości. Dlatego właśnie tematem badań i przedmiotem tego opracowania jest autodiagnoza sytuacji życiowej i zawodowej oraz potrzeb osób z ograniczeniem sprawności.

Jesteśmy dalecy od przekonania, że jednostka ma pełną swobodę w wyborze grupy i swojego zaangażowania w nią. Zidentyfikowano wiele mechanizmów oddziałujących na zachowanie i postawy jednostek. W poprzednim rozdziale opisaliśmy, jak dochodzi do społecznego wykluczenia. Towarzyszą mu izolacja lub ucieczka i związanie się z grupą innych odrzuconych. Wówczas cała grupa trafia na margines życia społecznego. Grupą tą może być oczywiście rodzina, przejmująca część stygmatu od bliskiej osoby. Wydaje się, że taka sytuacja zachodzi w przypadku niektórych osób z ograniczeniem sprawności. Etykieta „niepełnosprawny” do jednej kategorii sprowadza niezliczoną liczbę różnorodnych przypadków, powodując szereg uproszczeń.

Małe grupy, do których niejednokrotnie zepchnięte zostają osoby z ograniczeniem niepełnosprawności, mają w sobie teoretycznie znaczny potencjał rozwojowy. Od ich otwartości i celów, jakie sobie wyznaczają, zależy to, czy będą miejscem nabywania kompetencji komunikacyjnych. Jeśli nimi nie są, wówczas warto szukać takich małych grup, które spełniają te kryteria. Jest o co walczyć, ponieważ pomyślny trening komunikacji i współpracy może owocować coraz większą gotowością do szerszych kontaktów społecznych (ryc. 8).



Rycina 8. Małe grupy jako mediator w nabywaniu kompetencji społecznych u jednostek

Źródło: opracowanie Anna I. Brzezińska.

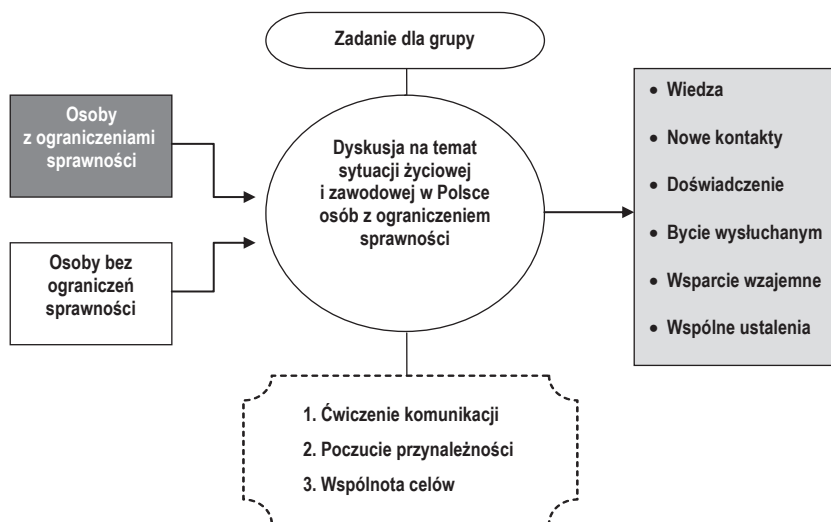
Cechą charakterystyczną małych grup jest to, że mogą stać się łącznikiem między sposobem funkcjonowania w relacjach indywidualnych i dużych grupach. Podobnie jak w relacjach indywidualnych, w małych grupach możliwy jest jeszcze stały kontakt twarzą w twarz, poczucie intymności i zaufania.

Łatwiej poczuć się bezpiecznie w takiej grupie i identyfikować się nią. Z drugiej strony pojawiają się już procesy właściwe dla większych grup, w których nie ma szans na atmosferę bliskości. Dynamika małych grup podlega wielu procesom, spośród których warto wymienić: wywieranie wpływu na inne osoby, konformizm, tworzenie się struktury (relacje dominacji i partnerstwa), wspólne podejmowanie decyzji, facylitację i hamowanie społeczne oraz porównania społeczne (Manstead, Hewstone, 2001).

Osoby z ograniczoną sprawnością współtworzą dynamikę małej grupy, wykorzystując swoje kompetencje komunikacyjne i społeczne. Mamy do czynienia z czymś na kształt laboratorium, w którym w przychylnej atmosferze buduje się relacje, doskonali umiejętności, rozwiązuje problemy.

Jeśli przyjrzeć się naszemu funkcjonowaniu w świecie, trzeba przyznać, że większość interakcji odbywa się właśnie w takiej grupie – w rodzinie, w gronie znajomych i przyjaciół, w klasie szkolnej, w miejscu pracy, podczas spotkań różnych organizacji, na przykład stowarzyszeń czy kół zainteresowań. To, w jaki sposób osoba z ograniczoną sprawnością działa w małej grupie, w znacznym stopniu determinuje jakość jej funkcjonowania społecznego w dużych grupach, organizacjach, instytucjach, na forum publicznym, w mediach.

W naszym badaniu osoby z ograniczeniami sprawności i bez takich ograniczeń zostały zaproszone do rozmowy o systemie wsparcia osób niepełnosprawnych w Polsce. Dyskusje odbywały się w niewielkich, kilkuosobowych zespołach, w jakich bardzo często w sposób naturalny zdarza się ludziom współpracować (ryc. 9).



Rycina 9. Korzyści z funkcjonowania w grupie zadaniowej

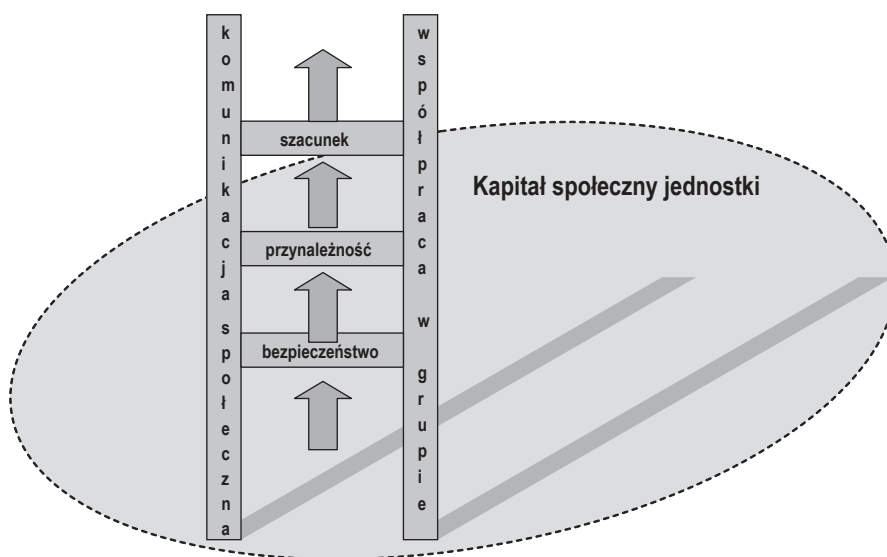
Źródło: opracowanie własne.

Oprócz oczekiwanego produktu, jakim były ustalenia grupy, sytuacja wywiadu przyniosła szereg korzyści samym uczestnikom: wiedzę, nowe kontakty, doświadczenie, poczucie bycia wysłuchanym, wsparcie. Jako badacze chcieliśmy się dowiedzieć:

- czy sytuacja wywiadu może przyczynić się do podniesienia kompetencji komunikacyjnych uczestników;
- jaki dobór grupy gwarantuje owocną współpracę;
- jak wywiad wpływa na dobrostan i zadowolenie uczestników.

1.5. Podsumowanie

Można powiedzieć, że komunikowanie społeczne jest „pośrednikiem” w procesie osiągania satysfakcji z funkcjonowania we wszystkich sferach życia. W kontekście problemu niepełnosprawności to od jakości komunikacji zależy przekazanie otoczeniu informacji o swoich potrzebach i sposobach ich zaspokojenia, uniknięcie marginalizacji. Od umiejętności jednostki w dziedzinie komunikacji interpersonalnej i od wzorców zachowań społecznych, jakimi ona dysponuje, zależy skuteczność w realizacji wymarzonych celów. Stawką jest poczucie samodzielności, poczucie wpływu na swoje życie i na rzeczywistość, wzmocnienie pozytywnej samooceny i poczucie szczęścia.



Rycina 10. Komunikacja społeczna i współpraca w grupie jako podstawa rozwoju osobistego i składniki biorące udział w rozbudowie kapitału społecznego jednostki

Źródło: opracowanie własne.

Komunikacja społeczna w sposób nierozzerwalny wiąże się z funkcjonowaniem w grupie. Wykonywanie prawie wszystkich czynności wymaga kontaktowania się z innymi ludźmi. W rodzinie, w miejscu zamieszkania, w szkole, w pracy, wśród znajomych, w urzędach, w miejscach publicznych, wszędzie liczą się kompetencje komunikacyjne. To w grupie zachodzą procesy warunkujące poczucie bycia rozumianym. Dzięki doświadczeniu wspólnoty, akceptacji, realizacji wyznaczonych celów jednostka uczy się rozumieć siebie i innych. Dzięki satysfakcjonującej komunikacji i współpracy w grupie pomnaża swój kapitał społeczny i może aspirować coraz wyżej. Mechanizm ten ilustruje rycina 10. Komunikację społeczną i współpracę w grupie przedstawiono jako nogi drabiny, kolejne szczeble to etapy w dążeniu do samorozwoju, natomiast sama drabina, jej zasięg (możliwości) i horyzont, jaki pozwala dostrzec, to kapitał społeczny jednostki.

Dlatego za tak istotną uznaliśmy potrzebę charakterystyki komunikacji społecznej i współpracy w grupie osób z ograniczoną sprawnością. Za cel postawiliśmy sobie identyfikację barier i poszukiwanie rozwiązań, które mogą poprawić funkcjonowanie badanej grupy w tych obszarach.

Rozdział 2

Problemy osób z ograniczeniem sprawności

(...) mają prawo do niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia oraz nie mogą podlegać dyskryminacji.

(Karta Praw Osób Niepełnosprawnych uchwalona przez Sejm RP)

2.1. Wprowadzenie

Autodiagnoza grupowa sytuacji życiowej i zawodowej osób z ograniczeniem sprawności miała postać zogniskowanych wywiadów grupowych (Maison, 2001). Grupy badanych pod opieką moderatora dyskutowały i radziły, jak powinien być zorganizowany system wsparcia osób z ograniczeniem sprawności. Zadaniem moderatora było dbanie o realizację celów spotkania – zadawanie pytań i pilnowanie, by dyskusja nie zbaczала na inne tory i wyczerpała temat. Moderator pilnował także przestrzegania norm dyskusji: równego prawa do zabierania głosu, tego, by badani nie mówili jednocześnie i by odnosili się z szacunkiem do współrozmówców.

Zaletą tej popularnej metody badawczej jest to, że pod wpływem wypowiedzi innych osób uczestnicy wchodzą ze sobą w interakcje i generują zazwyczaj więcej różnorodnych informacji. Mogą też skonfrontować swoje zdanie z opiniami innych, co umożliwia wymianę wiedzy i ugruntowanie własnych sądów. Sytuację wywiadu wzbogacają procesy zachodzące w grupie, co daje bardziej naturalny obraz omawianego problemu, podobny do występującego w środowisku społecznym.

Klasyczny fokus trwa zazwyczaj około dwóch godzin, a jego treść jest zapisywana na nośnikach, takich jak dyktafon czy kamera. Dzięki temu każda informacja może zostać odnotowana i uwzględniona. W naszym badaniu zachowaliśmy w pełni metodologię zogniskowanych wywiadów grupowych. Jego głównym elementem był scenariusz, który powstał specjalnie na użytek tego badania. Składał się on z kilku części: wprowadzenia, zawierającego informacje organizacyjne i normy dobrej rozmowy (10 minut), części poświęconej wyborom życiowym (30 minut), części dedykowanej sytuacji życiowej i zawodowej osób z ograniczeniami sprawności (45 minut) oraz krótkiego podsumowania (5 minut). Został zaprojektowany tak, by pogodzić wiele potrzeb: wprowadzić przyjazną atmosferę, wzbudzić zaciekawienie tematem, umożliwić wypowiedź wszystkim uczestnikom, nie zmęczyć zbyt szczegółowym dopytywaniem, zdobyć cenne informacje i obserwacje (Iwański, 2009a).

W czasie wprowadzenia uczestnicy dowiadywali się o temacie, celu badania i planie spotkania. Omawiane były normy dobrej rozmowy, które przytaczamy w rozdziale 3. Po nich rozpoczynał się wywiad.

Część pierwsza, zatytułowana „Wybory życiowe”, obejmowała dwa krótkie opowiadania zawierające element wyboru. Bohaterowie pierwszej historii mieli dylemat, jak żyć razem w sytuacji, gdy dzieli ich kilkaset kilometrów i niepełnosprawność, a łączą uczucie i wspólna pasja: baloniarstwo. Druga historia opowiadała o dylemacie młodej niepełnosprawnej kobiety, która ma szansę rozpoczęcia kariery zawodowej, ale oznacza to przeprowadzkę daleko od rodzinnego miasta. Badani byli pytani o to, jakiego wyboru powinni dokonać bohaterowie i dlaczego. Prowadzący starał się również ustalić, co jest sukcesem dla osoby niepełnosprawnej i jak można zyskać szacunek innych ludzi. Opowiadania stały się pretekstem do poruszenia wielu wątków, między innymi dotyczących natury relacji, a także okazją do zabrania głosu i wejścia w rozmowę. Doświadczenie pokazało, że pobudzające wyobraźnię historyjki, odrywające od własnych problemów i sytuujące badanych w roli doradców, bardzo ułatwiały zaangażowanie się w rozmowę.

Druga część wywiadu składała się z serii pytań zogniskowanych wokół centralnego problemu: jak powinien być zorganizowany system wsparcia osób niepełnosprawnych, by mogły osiągnąć sukces? Prowadzący dopytywał o szczegółowe rozwiązania, między innymi:

- Jak powinna wyglądać pomoc psychologiczna?
- Jak wspierać zatrudnienie osób z ograniczeniem sprawności?
- Jak wyglądają, a jak powinny wyglądać relacje osób niepełnosprawnych z urzędnikami?

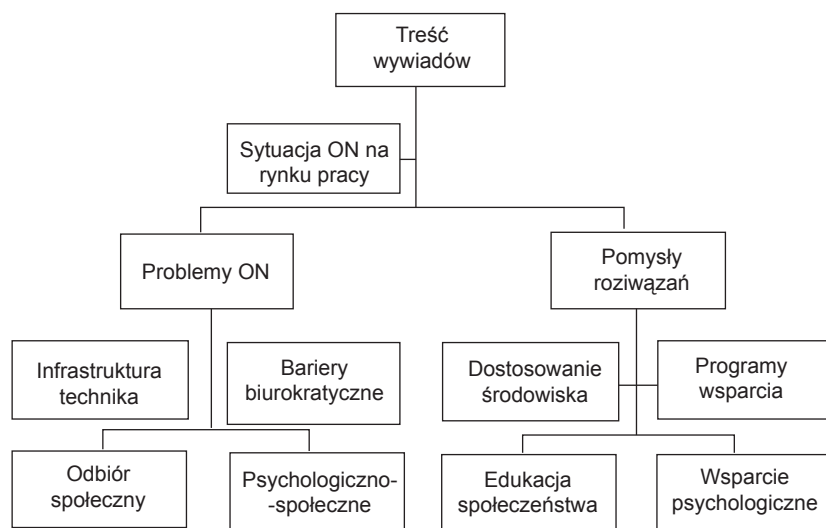
Podczas podsumowania prowadzący prosił uczestników o wymienienie najważniejszych – ich zdaniem – wątków i konkluzji, jakie pojawiły się na spotkaniu, o których warto byłoby powiedzieć decydentom i społeczeństwu.

Tak zrealizowane wywiady grupowe dostarczyły potężnej ilości informacji, z których tylko część uda się zaprezentować w tym opracowaniu. W rozdziałach 2 i 5 przywołane zostaną ustalenia z drugiej części wywiadu, poświęconej funkcjonowaniu systemu wsparcia. W pierwszej kolejności omówione zostaną zdiagnozowane przez badanych problemy. Towarzyszyć im będzie nasz komentarz. Pomysły rozwiązań zostaną przedstawione w rozdziale 5.

2.2. Problemy osób z ograniczeniem sprawności w świetle teorii kapitału społecznego

Blisko dwie trzecie wypowiedzi uczestników wywiadów stanowiły pomysły, jak powinien być zorganizowany system wsparcia osób z ograniczoną sprawnością w Polsce. Można zatem wnioskować, że osoby badane skoncentrowały się na poszukiwaniu rozwiązań, a nie na narzekaniu na obecną sytuację. Aby w pełni zrozumieć sens ich słów, warto jednak zacząć od opisu istniejących problemów. Średnio co czwarta wypowiedź badanych dotyczyła tego, co przeszkadza osobom z ograniczoną sprawnością w dobrym funkcjonowaniu na co dzień.

Z całej autodiagnozy wyróżnić można pięć głównych obszarów problemowych, na których koncentrowali się badani. Są to (1) infrastruktura i technika, (2) bariery biurokratyczne, (3) społeczny odbiór osób z ograniczeniem sprawności, (4) rodzaj i adekwatność udzielanego wsparcia oraz (5) sytuacja na rynku pracy. Poniżej prezentujemy schemat zwany drzewem kodowym (ryc. 11). Powstało ono w wyniku wyodrębnienia wątków powtarzających się w debacie. Łatwo zauważyć, że obszarom problemowym odpowiadają propozycje rozwiązań. Nie jest to całe drzewo, ale jego pień. Każda z gałęzi drzewa ma jeszcze swoją kontynuację w postaci od kilku do kilkunastu drobniejszych obszarów. Nie prezentujemy ich w tym miejscu, by uniknąć nadmiernej szczegółowości. Sytuacja osób z ograniczeniem sprawności na rynku pracy została przedstawiona na schemacie oddzielnie od pozostałych problemów. Zabieg ten należy tłumaczyć wyłącznie chęcią wyróżnienia obszarów zainteresowań autodiagnozy: sytuacji życiowej i zawodowej, a nie propozycją usystematyzowania zagadnień. Będziemy dalej pisać o pięciu równie istotnych obszarach.



Rycina 11. Drzewo kodowe

Źródło: opracowanie własne.

Narzędziem, jakim będziemy się posługiwać w interpretacji i zrozumieniu omawianych tutaj problemów osób z ograniczeniem sprawności, jest między innymi koncepcja kapitału społecznego. Doczekała się ona w ciągu kilkudziesięciu ostatnich lat wielu definicji (Hanifan, 1916; Coleman, 1988; Bourdieu, Wacquant, 2001; Putnam, Feldstein, 2003), natomiast na potrzeby tego opracowania przyjmujemy, że kapitał społeczny jest rodzajem zasobu, jakim dys-

ponuje osoba¹ (Portes, 1998; Edwards, Foley, 1998), na który składają się jej więzi społeczne, normy i sankcje (Halpern, 2005). Więzi społeczne to wszystkie kontakty, w jakich pozostaje dana osoba z innymi ludźmi. Normy i sankcje regulują jej funkcjonowanie pośród innych ludzi. To rodzaj reguł, jakimi posługuje się jednostka w kontaktach z innymi. Zbiór norm i sankcji wpływa na kulturę i charakter społeczności. Przykładowymi normami opisywanymi w koncepcji kapitału społecznego są reguła wzajemności i zaufanie, jakim dana osoba obdarza innych. Zaufanie do drugiej osoby polega na tym, że można na niej polegać, nie podejrzewa się jej o złe intencje (jak chęć wprowadzenia w błąd, kradzież), powierza się jej wykonanie zadań z przekonaniem, że będą one zrealizowane z należytą starannością i terminowo.

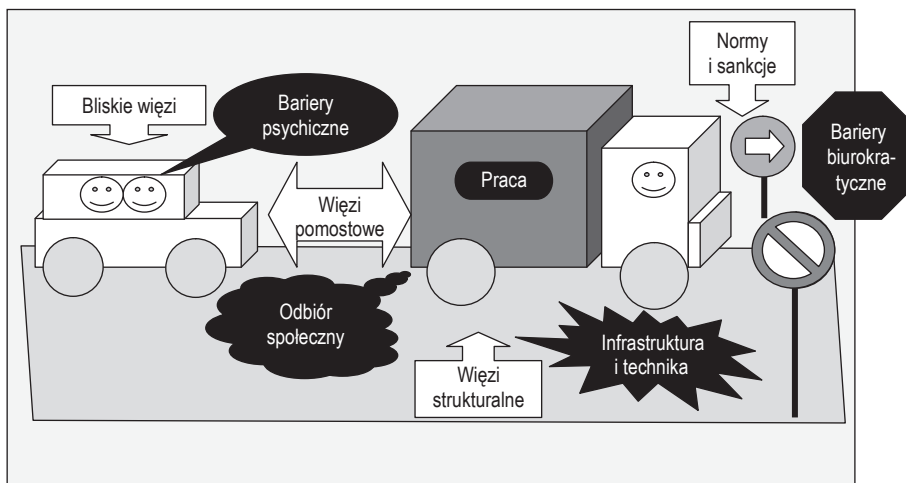
Wymienione w definicji więzi społeczne są często klasyfikowane według kryterium bliskości. Mamy zatem więzi najbliższe – z rodziną, przyjaciółmi, osobami, które uznajemy za członków „naszego klanu”. Nazywa się je kapitałem wiążącym (*bonding social capital*). Więzi mniej głębokie i bardziej sformalizowane, obejmujące znajomych z pracy i sąsiadów, nazywa się kapitałem pomostowym (*bridging social capital*). Jeszcze inny rodzaj więzi społecznych to relacje z instytucjami i organizacjami, które mają ściśle formalny i oficjalny charakter oraz funkcjonują wyraźnie w sferze publicznej zgodnie z regułami w niej panującymi (*linking social capital*).

Więzi, a także normy i sankcje stanowią określony, a więc możliwy do oszacowania zasób. Dzięki niemu możemy wchodzić w interakcję ze światem na wielu poziomach. Jedną z takich interakcji jest zamiana kapitału społecznego w inny rodzaj kapitału, na przykład ekonomiczny. Załóżmy, że znamy osobę, która wie o intratnej inwestycji i dzieli się z nami tą informacją. Dzięki uzyskanej wiedzy zyskujemy określoną kwotę pieniędzy. Podobnie jest z wymianą kapitału społecznego na kapitał kulturowy. Jeśli znamy osobę, która ma niezwykle rzadki egzemplarz książki, zyskujemy szansę nabycia wiedzy o wyjątkowej wartości. W przypadku osób z ograniczoną sprawnością wymiana kapitału społecznego może następować w wielu wymiarach, na przykład osoby będące w kontakcie z organizacjami wspierającymi niepełnosprawnych mają większe szanse na otrzymanie pomocy w postaci wiedzy albo dotacji.

Dobrze rozwinięte kompetencje komunikacyjne dają szansę na zwiększanie swojego kapitału społecznego. Mechanizm ten działa zgodnie z zasadą: im wyższe kompetencje komunikacyjne, tym większe szanse na nawiązanie istotnych (psychologicznie, społecznie, ekonomicznie) relacji.

¹ Istnieją również koncepcje, które kapitał społeczny ujmują jako własność nie tyle jednostek, ile grup społecznych czy obywateli danego państwa (Lochner, Kawachi, Kennedy, 1999; Knack, Keefer, 1997). Niniejsze opracowanie koncentruje się na indywidualnej percepcji sytuacji życiowej osób z ograniczeniem sprawności. Również dobór próby nie ma charakteru reprezentatywnego dla grupy osób niepełnosprawnych czy mieszkańców Polski. Dlatego bardziej adekwatne jest przyjęcie definicji kapitału społecznego, który jest własnością jednostki.

Wszystkie obszary problemowe zidentyfikowane dzięki badaniu są ściśle powiązane z kapitałem społecznym osób z ograniczeniem sprawności (ryc. 12). Zazwyczaj oddziałują na więcej niż jeden aspekt kapitału. Omówimy teraz w skrócie te zależności, zaczynając od barier biurokratycznych, a na problemach infrastrukturalno-technicznych kończąc.



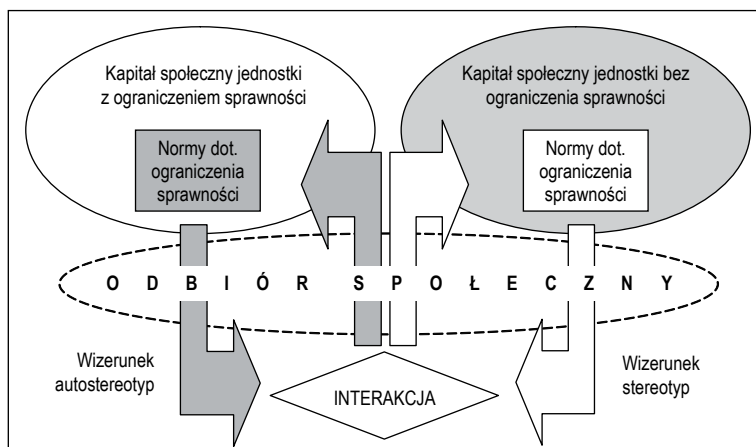
Rycina 12. Kapitał społeczny a problemy osób z ograniczeniem sprawności

Źródło: opracowanie własne.

Barriere biurokratyczne pojawiają się w tym obszarze kapitału społecznego, który wiąże się z kontaktami z instytucjami (*linking capital*). Dotyczą nie tylko bezpośrednich wizyt w urzędach (problem dostępności), lecz także znajomości przepisów (świadomość procedur, praw i obowiązków) i oczekiwanego sposobu zachowania (etykieta, komunikacja interpersonalna). Kapitałem społecznym jest znajomość sposobu funkcjonowania instytucji, dająca możliwość korzystania z ich usług. Aby go maksymalizować, reguły muszą być zrozumiałe dla odbiorcy, ogólnodostępne, sprawiedliwe i skuteczne.

Kolejny obszar problemowy – społeczny odbiór osób z ograniczeniem sprawności, wiąże się normami społecznymi, jakie obowiązują w danej grupie. Wyraża się w istnieniu określonych stereotypów czy wizerunków tej grupy. Nie sposób nawiązywać i kształtować relacje z innymi, nie uwzględniając ograniczenia sprawności. Od osób wchodzących w interakcję niepełnosprawność wymaga przyjęcia jakiejś postawy. To normy, będące częścią kapitału społecznego jednostki, decydują o aktywizacji zespołu stereotypów czy wizerunków i w konsekwencji – o zgodnych z nimi zachowaniach. Ponadto wśród osób z ograniczoną sprawnością oddziałują one na autodefinicję, tożsamość, przekonanie o pozycji społecznej, poczucie własnej wartości i przydatności. Odbiór społeczny w ramach sprzężenia zwrotnego oddziałuje z kolei na nor-

my, będące częścią kapitału społecznego jednostki. Można zatem powiedzieć, że funkcjonowanie społeczne i kapitał społeczny są częściowo pochodną odbioru osób z ograniczeniem sprawności (ryc. 13).



Rycina 13. Współzależność kapitału społecznego z odbiorem osób z ograniczeniem sprawności

Źródło: opracowanie własne.

Problemy psychologiczno-społeczne, o jakich mówili badani, sytuują się na granicy koncepcji kapitału społecznego. W dużym stopniu dotyczą zasobów psychicznych związanych z samoakceptacją, umiejętnością radzenia sobie z trudnościami czy pokonywania ciężkich życiowych doświadczeń. Zakres tego obszaru analizy łączy się bardziej z kapitałem ludzkim lub kapitałem kulturowym niż z kapitałem społecznym. Z drugiej strony psychologiczne funkcjonowanie jednostki w dużym stopniu zależy od jej kapitału społecznego. Argumentem za tą tezą jest fakt, że wsparcie psychologiczne ze strony specjalistów i bliskich jest pochodną kapitału społecznego. To przecież dzięki temu, że jesteśmy z kimś w kontakcie, możemy otrzymać wsparcie. Wpływ ludzi, z którymi mamy kontakt, nie zawsze jest jednak pozytywny. Może być także przyczyną problemów psychologicznych – o czym była już mowa w poprzednim rozdziale. Zatem funkcjonowanie psychologiczne jest w dużym stopniu współzależne (pozytywnie i negatywnie) z kapitałem społecznym osób z ograniczoną sprawnością i można je wyjaśniać na gruncie tej koncepcji.

Sytuacja osób z ograniczeniem sprawności na rynku pracy jest kolejnym obszarem znajdującym się w centrum koncepcji kapitału społecznego osób z ograniczoną sprawnością. Jedną z najczęściej powtarzanych w literaturze tez dotyczących kapitału społecznego jest teza o pozytywnym związku między silnym kapitałem społecznym a sukcesem zawodowym (np. Putnam, 2000; Halpern, 2005). Sieć relacji społecznych, jaka tworzy się w miejscu pracy,

opiera się na zasadzie wymiany. Dochodzi w niej do różnego rodzaju transakcji: ekonomicznych, symbolicznych, psychologicznych. Często spotykanym problemem osób z ograniczoną sprawnością jest brak dostępu do zasobu, jakim jest uczestnictwo w sieci wymiany usług. W konsekwencji słabszy kapitał społeczny prowadzi do niskich osiągnięć w środowisku zawodowym. Równie często spotykaną barierą w korzystaniu z tych zasobów są utrudniające satysfakcjonujący udział w życiu społecznym normy i sankcje.

Na koniec wspomnijmy jeszcze o problemach natury infrastrukturalno-technicznej, od których zaczniemy dalszą część rozdziału. Nie wchodzi one bezpośrednio w zakres kapitału społecznego, ale silnie oddziałują na jego otoczenie, czy też warunki, w jakich się on kształtuje. Bariery przestrzenne, z jakimi spotykały się osoby z ograniczoną sprawnością, nie są ani rodzajem więzi społecznej, ani normą czy sankcją. W miejscach zurbanizowanych przestrzeń jest jednak zawsze efektem projektu architektonicznego lub urbanistycznego oraz społecznego użycia tej przestrzeni już po oddaniu projektu do użytku. Budynek, który nie uwzględnia potrzeb osób z różnymi ograniczeniami sprawności, jest przejawem ich społecznego wykluczenia. W zakresie użytkowania przestrzeni nawet dostosowane budynki mogą być administrowane w ten sposób, że stwarzają bariery dla osób z ograniczoną sprawnością. Przykładem może być zamykanie na klucz podjazdów dla niepełnosprawnych ruchowo. Normy wykorzystania przestrzeni publicznej należy zatem traktować jako część kapitału społecznego. Wpływając na otaczające nas środowisko, często w niedostrzegalny sposób oddziałują one na kształtowanie się więzi (Błaszak, Przybylski, 2010).

Po omówieniu pięciu głównych obszarów problemowych pod kątem interakcji z kapitałem społecznym osób z ograniczeniem sprawności przejdziemy do prezentacji szczegółów autodiagnozy.

2.3. Infrastruktura i technika – przestrzeń, która dzieli

Najliczniej reprezentowanym typem ograniczenia sprawności u uczestników wywiadów była niepełnosprawność motoryczna (67 zgłoszeń, w tym 46 orzeczeń). Głos tych osób zabrzmiał mocno szczególnie w tym podrozdziale. Szczegółowe omówienie obszarów problemowych rozpoczynamy od infrastruktury i techniki, ponieważ jest to temat odruchowo kojarzony z hasłem „ograniczenie sprawności”. Infrastruktura i technika stanowią wspólną płaszczyznę, z której nieustannie korzystamy. Gdy ktoś nie może z niej korzystać, jest to na ogół widoczne. Postanowiliśmy zacząć od omówienia problemów dostępności tej wspólnej bazy, ponieważ uznajemy ją za podstawę koegzystencji i punkt wyjścia do budowy kontaktów społecznych.

Do kategorii „infrastruktura i technika” oprócz zgłoszeń na temat barier architektonicznych i utrudnień w podróżowaniu zakwalifikowano także wysokie ceny sprzętu rehabilitacyjnego oraz niskie kwalifikacje personelu pomocniczego.

Na podstawie wypowiedzi uczestników wywiadów problemy przynależne do tego rozdziału zostaną przedstawione jako pasmo zdarzeń – dzień z życia osoby z ograniczeniem sprawności. Opis zostanie uzupełniony odpowiednimi cytataми. Dodajmy, że bohaterka opowiadania korzysta z wózka inwalidzkiego i mieszka w budynku przystosowanym do jej potrzeb. Osoby badane zwracały uwagę na to, że wiele osób z ograniczeniami sprawności nie może wychodzić z domu ze względu na brak wind, podjazdów, odpowiednio szerokich drzwi, wygładzonych progów.

(...) jest masa osób, które bardzo rzadko wychodzą z ukrycia. Siedzą w czterech ścianach, leżą w czterech ścianach, i nam się wydaje, że tych ludzi nie ma.

Wobec braku możliwości opuszczania własnego domu dla wielu z tych osób wszelkie udogodnienia, które sukcesywnie powstają, głównie w centrach miast, pozostają tylko legendą. Wróćmy jednak do naszego przykładu.

Rano w mieszkaniu bohaterki zjawiają się pracownicy opieki społecznej. Ich pomoc jest konieczna i kosztuje. Niestety nie są odpowiednio wyszkoleni, w związku z tym wszystko trzeba im tłumaczyć i czynności trwają dłużej, niż powinny. W końcu udaje się wyjść z domu. Na drobne zakupy w drodze do pracy mogłoby wystarczyć czasu, gdyby nie to, że fala modernizacji do większości małych sklepów jeszcze nie dotarła.

Mimo że się wszystko zmienia, (...) środek, centrum (...), jak tam nawet sklepu nie ma, do którego mogę wjechać.

Po pracy przychodzi czas na zakupy. Wiąże się z tym szereg niewygód. Oprócz tych technicznych, z którymi przychodzi się codziennie zmagać, dochodzą inne, natury psychologicznej, zwiększające poczucie odmienności i jednocześnie zależności od innych.

(...) dlaczego idę do galerii na zakupy i jest tylko jedna przymierzalnia, w jednym sklepie, do której ja mogę wjechać? (...) To są proste rozwiązania, gdzie wystarczy dwie kabiny połączyć w jedną, żeby po prostu nie musiało pokazywać się na środku sklepu.

(...) jakby wszyscy wchodzili jednym wejściem do sklepu, toby wszyscy byli równi, a jak ludzie widzą, że tylko jeden idzie z boku, to on już jest jakiś dziwny.

Gdyby można było łatwo wjechać do łazienki, (...) toby nie musiało być wydarzenie, że ja trzy osoby z obsługi proszę.

Po zakupach, w drodze do domu kierowca autobusu, otwierając rampę, głośno komentuje:

Ale sobie Pani porę wybrała.

Nikt z pasażerów nie reaguje. W autobusie panuje ścisk, jest tam też chłopak z rowerem, a bohaterce przypominają się słowa z niedawnej dyskusji w gronie osób z ograniczoną sprawnością:

(...) rower, dobry wyścigowy albo przełajowy rower, który też jest na dobrych materiałach, dobrych częściach, i nieraz kosztuje taniej niż wózek (...).

Tyle samej opowieści, do której można dodać kilka faktów: porządna poduszka na siedzenie wózka kosztuje tysiąc złotych; o wyborze szkoły decyduje nie dopasowanie indywidualnych zainteresowań ucznia do jej profilu, ale to, czy jest dla niego dostępna, ponieważ porusza się on na wózku; z powodów finansowych wielu niepełnosprawnych nie stać na utrzymywanie relacji z osobami mieszkającymi dalej niż kilka kilometrów od ich miejsca zamieszkania; zastosowanie się do mylnej diagnozy skutkuje powikłaniami, w wyniku których diagnoza staje się prawdziwa; zepsuta winda, brak klucza do drzwi, schodki skutecznie eliminują problem krawężników – zainteresowany nigdy do nich nie dotrze.

Znamienne dla problemu poruszonego w tym rozdziale jest sformułowanie użyte przez uczestniczkę wywiadu, że osoby z ograniczoną sprawnością powinny „wyjść z ukrycia”. Oznacza to, że powinny przestać być izolowane, stać się widoczne dla innych, ale także przestać się wstydzić, odczuwać zakłopotanie, obawy. Niestety problem, o jakim tu mówimy, wywołuje bardzo silne negatywne odczucia. Przekaz, jaki otrzymują osoby z ograniczoną sprawnością, jest mniej więcej taki: przestrzeń, którą dzielimy, nie jest wspólna, nie ma tu dla ciebie miejsca, nie pasujesz. Osoby te są fizycznie i psychicznie wykluczane. Będące częścią kapitału społecznego normy projektowania i użytkowania przestrzeni w bardzo małym stopniu uwzględniają potrzeby osób z ograniczeniem sprawności.

Kiedy uświadomimy sobie, że przestrzeń jest istotnym parametrem komunikacji interpersonalnej i społecznej (Hall, 1976), dociera do nas, że bariery stawiane osobom z ograniczoną sprawnością blokują nie tylko możliwość swobodnego przemieszczania się czy pojawiania się w pewnych miejscach, lecz także uniemożliwiają dialog i wzajemne poznanie. Bariery są także odbierane jako wypowiedź oznaczająca zerwanie kontaktu.

2.4. Bariery biurokratyczne

Żaden spośród problemów poruszanych podczas wywiadów nie wzbudzał tyle negatywnych emocji, co funkcjonowanie instytucji odpowiedzialnych za wspieranie osób z ograniczeniem sprawności. Rozmowa była dla badanych okazją do wyrzucenia z siebie żalu i złości, podzielenia się swoją frustracją.

Powodem frustracji osób z ograniczeniem sprawności okazało się ich uzależnienie od pomocy, z której jakości nie są zadowolone, przy jednoczesnym braku możliwości uzyskania wsparcia z innych źródeł. Sytuacja podobna do przykładu z zakupami z poprzedniego rozdziału, ale różna o tyle, że dotyczy instytucji powołanych do udzielania wsparcia, których klienci nie mogą przebiegać w ofertach, lecz muszą zwrócić się o pomoc, wystąpić w roli petenta.

Negatywne nastawienie do takich instytucji, jak Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON), Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR), Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), powinno budzić zdziwienie i niepokój. Pojawia się poważny rozdzźwięk między intencją wsparcia ze strony państwa a oczekiwaniami jednostek i społeczności, których pomoc ma dotyczyć. Negatywny wizerunek instytucji pomocowych pośrednio rzutował także na odbiór prowadzonych przez nas badań. Jeden z uczestników nie szczędził ironii:

PFRON działa od prawie 20 lat, (...) minęło lat 20 i co się okazuje? Że PFRON wyda mnóstwo pieniędzy, po co? By badać potrzeby niepełnosprawnych.

Badani sami, bez dopytywania, opisali wizerunek pracowników wymienionych instytucji:

Kojarzy mi się z kalkulatorem, z ołówkiem i z czymś do notowania.

PFRON działa, bo to dobre miejsce, żeby posadzić paru kolegów, którzy się nie załapali na inne rozdanie. Ciepła posada na parę lat.

Przy każdej zmianie rządu następuje zmiana stanowisk w PFRON-ie, w telewizji, w NFZ-tach, w każdym oddziale.

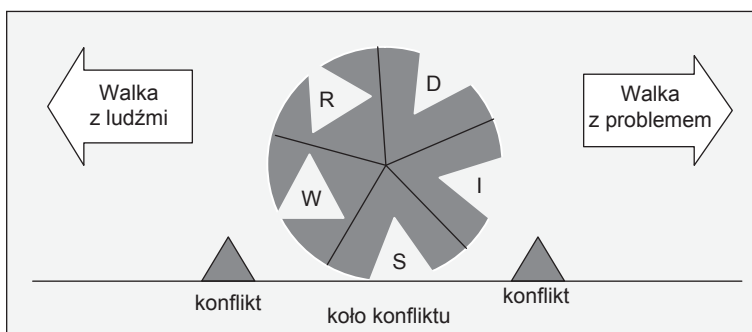
Większość urzędników zachowuje się tak, jakby to były ich pieniądze, i robią wszystko, żeby albo nie dać, albo dać w jak najmniejszym zakresie.

Niereformowalni są, to dałem sobie spokój.

Jak słyszę PFRON, to mnie krew zalewa.

Zdecydowaliśmy się zacytować powyższe zdania nie dlatego, że wydaje nam się, iż wszyscy badani czy wszystkie osoby z ograniczoną sprawnością tak sądzą, albo dlatego, że są to szczególnie trafne spostrzeżenia. Naszym celem było jedynie pokazanie, jak silna jest awersja niektórych osób do instytucji, które z założenia mają im pomagać. Osoby te są podejrzliwe, charakteryzuje je silny negatywny stereotyp instytucji i pracujących w nich urzędników. Zaprezentowane tu przemyslenia i odczucia świadczą o istnieniu konfliktu. Klasyczne ujęcie konfliktu można sparafrazować następująco: dwie lub więcej stron, wzajemnie od siebie zależnych, dostrzega „niemożliwe” do pogodzenia różnice lub blokadę dążeń w sferze zasobów, potrzeb, wartości i podejmuje działania, żeby tę sytuację zmienić (Deutsch, 2005).

Odnotowane wypowiedzi są charakterystyczne dla konfliktu relacji (Moore, 2009). W takim przypadku w świetle teorii koła konfliktu walkę toczy się nie z problemem, ale z ludźmi. Istota problemu jest pomijana, a strony koncentrują się na wymianie ciosów. Aby uporać się z problemem, należy opuścić poziom relacji i wartości, które nie podlegają dyskusji, i rozwiązać konflikt narzucony przez strukturę sytuacji, nierówny dostęp do danych, wreszcie – przez różnicę interesów (ryc. 14).



Rycina 14. Potrzeba identyfikacji istoty problemu – w celu rozwiązania konfliktu

Źródło: opracowanie własne.

Jeśli spojrzymy z boku na opisane napięcie, to dojdziemy do wniosku, że tak naprawdę mamy jednak do czynienia z konfliktem strukturalnym (nierówność urzędnik – petent), konfliktem interesów (ograniczona ilość środków – wielu potrzebujących), konfliktem danych (słaby przepływ informacji). Jednak na skutek zaniedbań urzędniczych, niewłaściwej polityki informacyjnej lub specyfiki odbiorcy pomocy problemy merytoryczne schodzą na dalszy plan, a do głosu dochodzą emocje. Dzieje się tak również dlatego, że każda ze stron kieruje się innymi wartościami (konflikt wartości). Urzędnicy realizują plany, wytyczne, trzymają się przepisów, procedur, poruszają się w środowisku wysoce zbiurokratyzowanym i mają na uwadze legalność swoich działań. Petenci, zabiegając o wsparcie, myślą o swoim życiu, zdrowiu, poczuciu godności, komforcie, a więc o sprawach dla nich najważniejszych. Dla jednych problem ograniczenia sprawności to praca, w której czas odmierzają kolejne zadania, urlopy, zmiany na stanowiskach. Dla drugich problem ograniczenia sprawności to samo życie, a upływający czas odbiera im nadzieję na poprawę. Jedni mają przytulne, dobrze wyposażone biura, drudzy wykonują nie lada wysiłek, by do tych biur dotrzeć. Dla jednych ceny sprzętu dyktowane przez producentów są bez znaczenia, dla drugich oznaczają być albo nie być, dla jednych błąd w ocenie oznacza zwykłą pomyłkę, dla drugich – wieloletni dramat. Uczestnicy wywiadów przytaczali przykłady świadczące o niekompetencji urzędników:

(...) na wózek mi ta pani wydała, ale na parapodium nie – bo nie należy się, nie ma takiego w ogóle. Oparłem się o kierownika, to kierownik dzwonił do Warszawy i dopiero odnalazł pod jakimś kodem, że rzeczywiście. Mnie się udało, ale taka osoba, która nie wie, zostanie odesłana od biurka, bo – nie należy się.

Dowiedziałem się, że u nas w zachodniopomorskim 300 czy 400 tysięcy poszło z powrotem, bo oni tego nie rozdysponowali.

W całej sprawie nie chodzi jednak ani o pomyłki, które częściej lub rzadziej będą się przecież zdarzać, ani o komfort pracy urzędników, który za zwyczaj w polskich realiach nie jest wcale wysoki. Chodzi o kontrast, różnicę w sytuacji życiowej i zawodowej spotykających się osób. Nie ma w tym niczyjej winy, ale jest problem. Rozwiązaniem może być zwiększenie zatrudnienia osób z ograniczeniem sprawności w urzędach i wysiłek w celu lepszej komunikacji z obu stron. Kiedy mówimy o zatrudnieniu osób z ograniczeniem sprawności, to nie tylko po to, by osoby te obsługiwały niepełnosprawnych petentów, lecz także po to, by wpływać na klimat miejsca, by oswajać osoby sprawne z sytuacją i potrzebami tej specyficznej grupy klientów. Kiedy mówimy o poprawie komunikacji, to myślimy o przyjaznym, empatycznym nastawieniu, gotowości wysłuchania, a także o rzetelnej, wyczerpującej informacji i wyjściu maksymalnie do klienta, by nie facytować go niepotrzebnie.

Wydaje nam się, że dopóki nie zostanie zlikwidowany konflikt danych (rzetelna informacja), nie zostanie wzięta pod uwagę złożona i trudna, również psychologicznie, sytuacja klientów (jakość, klimat obsługi), dopóki nie zostanie załagodzony konflikt interesów (likwidacja niedoboru środków, wspólne poszukiwanie innych, pozafinansowych form wsparcia), nie ma szans na poprawę oceny instytucji pomocowych. Złe nastawienie odbiorców pomocy uniemożliwia znalezienie optymalnych rozwiązań, ponieważ potrzebne są współpraca i zaangażowanie. Przy okazji organizowania rozmaitych szkoleń dla osób z ograniczeniem sprawności warto byłoby popracować nad ćwiczeniem umiejętności komunikacyjnych. Pozwoliłoby to zmniejszyć koszty emocjonalne i uniknąć błędów, które skutkują pogorszeniem relacji.

Nasi badani oczekują przede wszystkim zrozumienia ich potrzeb, poparcia oddolnych inicjatyw, jasnych kryteriów przyznawania pomocy, długoterminowych programów wsparcia, rzetelnej informacji, skrócenia i uproszczenia procedur. Mają poczucie, że nie są traktowani poważnie, jak eksperci, którzy wiedzą, co jest im potrzebne:

Są widelki, że na taki program, założmy, przysługuje osiem tysięcy, a on na przykład ucina dwa i pół tysiąca, bo twierdzi, że coś można kupić za tyle. Tylko że to człowiek sam wie przecież najlepiej, co jemu jest potrzebne.

Urzędniczka Funduszu, która wcześniej rozlepiała plakaty polityczne, (...) gdy została specjalistką od odliczeń, stwierdziła: 'Po co pieluchy staremu koniowi?'. Naprawdę, przy ludziach niepełnosprawnych nie ma specjalistów.

Badani podkreślali także, że pozostawia się ich w obliczu własnej niepełnosprawności samych, nie udzielając fachowej pomocy. Jedyne, co im się oferuje, to spotkanie z machiną biurokracji. Nie otrzymują tam poszukiwanego wsparcia i zrozumienia, a jedynie przekonują się, że będą zmuszeni wywalczyć sobie najdrobniejsze wsparcie materialne.

Frustracja znajduje ujście w bardzo negatywnej ocenie urzędników. Jest to symboliczna zapłata za poczucie bycia pomiatanym, marginalizowanym, nie-

zrozumianym. To, że wokół urzędu nie ma gdzie zaparkować niepełnosprawny petent, ponieważ parking zajmują pracownicy, jest odbierane jako jeden z przejawów arogancji urzędników, powołanych do tego, by służyć.

Traktują człowieka jak intruza. Po co przychodzisz? Przeszkadzasz.

Źródłem napięć, odczuwanych zapewne przez obie strony, nie są błędy pojedynczych osób, ale struktura sytuacji, różny rozkład priorytetów, słaby przepływ informacji, pozorny konflikt interesów. Wydaje się, że chociaż poprawa sytuacji zależy od obu stron, to jednak inicjatywa leży po stronie instytucji i rządzących. Szansą i płaszczyzną spotkania może być promocja oddolnych inicjatyw, zarówno urzędniczych, jak i społecznych.

W tym rozdziale wiele gorzkich słów padło pod adresem urzędników. Niestety nie mieliśmy możliwości wysłuchania ich opinii i zbadania punktu widzenia osób spotykających się z ograniczeniem sprawności z drugiej strony. Pozostając wierni roli pośredników w przekazaniu sposobu myślenia badanych, staraliśmy się pokazać źródło napięć. Zdaniem autorów tego opracowania istnieje potrzeba zrozumienia specyfiki opisanej sytuacji przez obie strony konfliktu i podjęcia działań na rzecz poprawy. Brak zrozumienia prowadzi do osłabienia więzi strukturalnych (*linking social capital*), bardzo ważnych dla funkcjonowania osób z ograniczeniem sprawności.

2.5. Społeczny odbiór osób z ograniczeniem sprawności

Procesy postrzegania społecznego zachodzą każdorazowo i wszędzie tam, gdzie pojawia się jakakolwiek interakcja społeczna. Inaczej mówiąc: każdej interakcji społecznej przypisany jest proces postrzegania społecznego. To on decyduje o kształtowaniu postaw wobec innych ludzi, budowaniu subiektywnego obrazu mentalnego poszczególnych osób i grup, wyjaśnianiu motywów zachowań i cech tych osób, zwanych atrybucjami społecznymi (Aronson, 1997; Zimbardo, 2002; Wojciszke, 2003). Zatem problem odbioru społecznego osób z ograniczeniami sprawności dotyczy ich funkcjonowania we wszystkich sferach: na rynku pracy, w kontaktach z instytucjami, grupami i w relacjach z poszczególnymi osobami.

Należy podkreślić, że społeczna percepcja jest zjawiskiem dwukierunkowym. Osoba będąca podmiotem interakcji postrzega w określony sposób partnera i sama jest przez niego postrzegana. Przykładowo: postrzegana w sposób stereotypowy osoba z ograniczeniem sprawności nie może na to nie zareagować. Bardzo możliwe, że ona sama również postrzega osobę bez ograniczenia sprawności przez pryzmat pewnych założeń. Co istotne, nie wywodzą się one z bezpośredniej interakcji tych osób, lecz z ogólnej społecznej wiedzy o tym, kim są osoby niepełnosprawne i sprawne. W innym przypadku założenia te mogłyby odzwierciedlać pogląd jakiejś wąskiej grupy albo opinie jednostki.

Generalnie można zatem powiedzieć, że wzajemne postrzeganie w znacznej mierze definiuje interakcję i określa jej ramy.

Przed przystąpieniem do prezentacji poglądów uczestników wywiadów dotyczących społecznego odbioru osób z ograniczeniem sprawności celowe będzie przypomnienie mechanizmu powstawania stereotypów.

Osoby z ograniczeniem sprawności bywają postrzegane w sposób uproszczony, tak jakby ograniczenie było u nich dominującą cechą. Nie dostrzega się całej złożonej indywidualności danej osoby, ale nazywa się ją „niepełnosprawnym” i zaczyna kojarzyć z zespołem przekonań na temat niepełnosprawności. Nosiciel stereotypu nie podejmie żadnych działań, by zweryfikować swoje poglądy, ponieważ najzwyczajniej nie zdaje sobie sprawy z ich istnienia.

Ograniczenie sprawności może z kolei skutkować nadmiernym akcentowaniem swojej inności w procesie autopercepcji. Powstały w ten sposób autostereotyp utrudnia rozwijanie sieci kontaktów, i tak już osłabionych z powodu kłopotów jednostki ze zdrowiem.

Możemy mówić o naturalnej tendencji do redukowania kontaktów osób z ograniczoną sprawnością do grona ich rodziny, znajomych, innych osób z ograniczeniem sprawności. Z drugiej strony osoby sprawne pozbawione częstych i zróżnicowanych kontaktów z osobami niepełnosprawnymi budują fałszywy ich obraz i swoją postawą przyczyniają się do pogłębienia wspomnianej izolacji. W ten sposób dochodzi do wykluczenia, którego komponentem jest negatywny obraz wykluczanego. Następuje tu zazwyczaj efekt samospełniającej się przepowiedni. Częściowo odcięte od możliwości poszerzania swoich zasobów, osoby z ograniczoną sprawnością z trudem konkurują z osobami swobodnie korzystającymi z rozmaitych dóbr i przywilejów.

Mając w pamięci mechanizm procesu wykluczenia, w który zaangażowane jest postrzeganie społeczne opierające się na zredukowanym dostępie do sieci kontaktów społecznych u osób z ograniczeniem sprawności, przyjrzyjmy się doświadczeniom uczestników naszych debat.

Badani dość obszernie wypowiadali się na temat postrzegania osób z ograniczeniem sprawności. Dzielili się swoimi wyobrażeniami o tym, jak są postrzegani, i przywoływali zapamiętane reakcje osób sprawnych. Z ich wypowiedzi wyłania się bogaty i zróżnicowany, ale pesymistyczny obraz relacji społecznych.

Obok postawy odbieranej jako ignorancja, za której przejaw uznano niebranie pod uwagę specyfiki sytuacji i potrzeb osób z ograniczeniem sprawności, większość przytoczonych zachowań miała wyraźny komponent emocjonalny. Niektóre postawy podszyte były lękiem i agresją, inne z kolei wyrażały współczucie i litość. W każdym jednak przypadku nasi rozmówcy mniej lub bardziej wprost sygnalizowali rozdzźwięk pomiędzy działaniami osób sprawnych a oczekiwaniami ze strony osób z ograniczeniem sprawności. Wyraźnie wyczuwalny był podział na dwa odmienne światy.

(...) Taka osoba, która się zamyka w pokoju własnym, nie stanowi dla społeczeństwa takiego problemu, bo społeczeństwo go po prostu nie widzi. Te osoby są zupełnie odizolowane, bo te osoby sprawne, zdrowe udają, że takich ludzi nie ma. Nie chcą albo nie wiedzą, albo nie wiem. I tak żyjemy obok siebie.

Istnieje tu pewna dysproporcja, ponieważ osoby z ograniczeniem sprawności wiedzą o istnieniu innego świata, choć nie zawsze mogą go poznać. Natomiast reszta społeczeństwa często nawet nie domyśla się, że obok funkcjonuje równoległa rzeczywistość, inny sposób bycia.

(...) jest masa osób, które bardzo rzadko wychodzą z ukrycia. Siedzą w czterech ścianach, leżą w czterech ścianach i nam się wydaje, że tych ludzi nie ma.

Nasi rozmówcy dalecy są jednak od zaakceptowania takiego stanu rzeczy. Jednoznacznie deklarują potrzebę pełnego uczestnictwa w życiu społecznym, które stało się domeną osób sprawnych.

Powinno być widać tego niepełnosprawnego. (...) na każdym rogu ulicy. (...) w pubie, w klubie, w sklepie (...).

Jednak wyjście osoby z ograniczeniem sprawności „na zewnątrz” spotyka się często z emocjonalną, nieraz nieprzychylną postawą ze strony otoczenia. Szczególnie silnych reakcji mogą doświadczyć osoby dotknięte zaburzeniami psychicznymi.

Moja koleżanka ma chłopca z zespołem paranoidalnym. (...) W przypadku tych chorób, które dotyczą mózgu, to w sensie psychicznym, to one budzą jeszcze większy lęk w społeczeństwie. Straszny lęk.

Niekiedy nasi rozmówcy mówili wprost:

Myślę, że trochę się boją takich osób, po prostu się boją.

Podkreślali również brak wiedzy o osobach z ograniczeniem sprawności i opieranie sądów na fałszywych wyobrażeniach:

Kilka lat temu był film pod tytułem ‘Cześć, Tereska’, gdzie Zamachowski grał rolę osoby na wózku. Kiedyś osoba sprawna powiedziała: ‘Tak, ja znam problemy niepełnosprawnych, bo ja widziałam ten film’. Ja mówię: ‘To ty widziałaś najgorszą stronę tej niepełnosprawności. Pijaka, który na widok biustu małolaty, wiesz...’.

Podane przykłady obrazują jedynie pewną grupę postaw. Osoby z ograniczoną sprawnością spotykają się często z kompletnie innym nastawieniem. Często zdarza się, że ludzie z ich otoczenia okazują im litość i współczucie, co przez naszych rozmówców również jest odbierane w sposób negatywny.

Mnie osobiście bardzo męczyło, kiedy ktoś się użalał nad moim losem i tym, co mi się stało. Bo ja nie urodziłam się niepełnosprawna, tylko miałam wypadek, więc ja wołałam rozmawiać o czymśkolwiek, tylko nie o tym. Cały czas ktoś mówił: ‘Ale tobie stało się nieszczęście’. Ja próbuję zmienić temat, a ta osoba znowu wraca. I jak po pewnym czasie jestem już zmęczona, nie mam ochoty przebywać z tą

osobą. Ona mnie po prostu męczy tym ciągłym użalaniem się nad tym, co się stało. To ona się użala nade mną czy nad sobą?.

Taki stosunek do niepełnosprawnych nie dodaje im sił do codziennego życia i zmagania się ze swoimi ograniczeniami.

Spotykam się z takim nastawieniem, że mi się życie nie ułożyło, 'no jaka ty to jesteś biedna'. I to raczej nie wspiera. To jest bardzo męczące, deprymujące, denerwujące (...) po prostu społeczeństwo działa deprymująco.

Debatujący relacjonowali, że w zetknięciu z taką postawą osoba z ograniczeniem sprawności odczuwa chęć zerwania kontaktu. Lepiej jest dla niej nie otrzymywać żadnego wsparcia, niż mieć poczucie, że ktoś się nad nią lituje.

Ludzie myślą, że muszą pomóc, a czasem nie o to chodzi. Tylko, żeby dali święty spokój, żeby się nie litowali (...)

Kolejnym przejawem postawy nadmiernie współczującej, z jaką zetknęli się nasi rozmówcy, była chęć decydowania o losie osoby z ograniczoną sprawnością. Kryje się za nią fałszywe przekonanie, że skoro osoba z ograniczoną sprawnością jest w jakimś wymiarze słaba i niesamodzielna, to również zakres jej woli jest czymś ograniczony.

Bo ja jestem osobą dorosłą i ja chciałabym sama podejmować decyzję, i podejmuję. I nie lubię być traktowana jak dziecko przez znajomych, przyjaciół, rodzinę. Moja mama nadal uważa, że mam 10 lat.

Proces uproszczonego i stereotypowego postrzegania osób z ograniczoną sprawnością – jak pisaliśmy wcześniej – nie postępuje w jednym tylko kierunku. Osoby niepełnosprawne są postrzegane w określony sposób, ale też w różny sposób na to traktowanie mogą zareagować. Niejednokrotnie zachowują się zgodnie z oczekiwaniami otoczenia.

I siłą rzeczy sami niepełnosprawni przyjmują do swojej świadomości owe stereotypy i kierują się nimi we własnym postępowaniu, własnych czynach. I jeżeli sama osoba niepełnosprawna uwierzy w swoje siły, to myślę, że bez względu na stopień niepełnosprawności pozbędzie się tego. Oczywiście, ona ma czasami kolosalne znaczenie i ta wewnętrzna bariera jest o wiele silniejsza, niżeli ograniczenie fizyczne.

Ponadto debatujący akcentowali brak praktycznej wiedzy o samych niepełnosprawnych: o tym, w jaki sposób należy ich traktować, jak się do nich zwracać, jakiej pomocy potrzebują.

Niezrozumienie przez pełnosprawnych problemu niepełnosprawności i kim są niepełnosprawni jest jakąś barierą. Że każdy niepełnosprawny jest niepełnosprawny z jakiegoś innego powodu, coś innego ewentualnie sprawia mu trudność i trzeba to umieć rozgraniczyć.

Wiedza mogłaby zdaniem rozmówców oswoić osoby sprawne z doświadczeniem ograniczenia sprawności i doprowadzić do rozwoju kontaktów towarzyskich i zawodowych pomiędzy przedstawicielami obu grup.

W pokonaniu tych mieszanych uczuć u osób pełnosprawnych dużą rolę odgrywa mówienie o niepełnosprawności, pokazywanie, jakie są rodzaje niepełnosprawności. Jakiego rodzaju pracy można wykonać, mając jakąś wadę fizyczną. W ten sposób ludzie się do tego przyzwyczajają i się oswiają. Mnie się wydaje, że mieszane uczucia związane są ze strachem, po prostu pełnosprawni nie wiedzą, jak traktować tę osobę niepełnosprawną. Czy uciekać od niej, czy się łączyć?

Wśród rozmówców pojawił się głos sprzeciwu wobec krzywdzącego stereotypu.

To nawet pewnie nie chodzi o to, żebym była niewidzialna. Tylko, żeby to [niepełnosprawność] nie robiło z człowieka innego człowieka.

Badani przywoływali szereg zachowań, które ich zdaniem są przejawami dyskryminacji. Tendencję do stygmatyzacji osób z ograniczeniem sprawności odbierali jako głęboko zakorzenioną w otaczającym ich świecie.

Ciągle ludzie na ulicy, widząc kulawego, oglądają się za nim, nie. Tak samo jak za Murzynem. Dlatego, że to jest wyssane z mlekiem matki.

Zarówno w bliskich kontaktach, jak i w sytuacji przypadkowych spotkań osoby z ograniczoną sprawnością spotykają się z brakiem zrozumienia.

Ja z mamą muszę jeździć, bo ja sama nie mogę się poruszać po mieście. Rodzice się o mnie boją – to raz. A drugi – że w autobusach osoby niepełnosprawne są traktowane jak zwierzątka.

W przypadku decyzji administracyjnych niezrozumienie sytuacji osoby z ograniczoną sprawnością może oznaczać dla niej bardzo poważne konsekwencje, porównywalne z wyrokiem dożywotniego więzienia.

My się śmiejemy, że w systemie komunistycznym zakładano zdrowych ludzi. Ten obecny system też zakłada zdrowych ludzi. Moja ciotka chodziła o kulach i groził jej wózek. Chciała mieszkanie z windą, a dostała takie w bloku na piątym piętrze, gdzie winda dojeżdżała tylko do czwartego piętra. Na jej zarzut, że ona będzie przecież zaraz na wózku, to usłyszała: 'A po co pani na wózku będzie wychodziła z domu? Ma pani balkon piękny'.

Kolejnym przykładem z katalogu zachowań dyskryminacyjnych może być historia pewnego stażysty:

Pracuję w takiej jednostce, trochę zmilitaryzowanej, i stażystę przyjmuję. Pana, który jest wysoki, przystojny, 1,80 m wzrostu, magister, i przyjmujemy osoby niepełnosprawne. Ten pan mówi, że ma stopień niepełnosprawności. Pytam: jaki? On mówi, że ma schizofrenię. Idę do mojego szefa i pytam, co robić. Nie pozwolił mi przyjąć tej osoby nawet na staż.

Osoby z ograniczeniem sprawności, szczególnie te z orzeczeniem choroby psychicznej, zdają sobie sprawę z tego, że ich zatrudnienie może wymagać od potencjalnego pracodawcy przekroczenia pewnej bariery psychologicznej. W obawie przed tym niejednokrotnie zatajają informację o swoim stanie zdrowia.

Ja chciałam powiedzieć o dyskryminacji. W tamtym roku przez trzy miesiące szukałam pracy na gwałt, 'o retę'. Byłam w 10 czy 20 firmach, głównie w kuchni czy sprzątanie, i zawsze pytali, że co jest powodem, że jest Pani niepełnosprawna, a ja po prostu kłamałam. Nie powiedziałam, że schizofrenia, tylko powiedziałam depresja, bo inaczej nie przyjmują.

Kiedy osoba z ograniczeniem sprawności zdobędzie pracę, może się spotkać z negatywnym przyjęciem ze strony kolegów.

W cudzysłowie normalne osoby, jeśli chodzi o pracę, bardzo często odrzucają osoby niepełnosprawne. Kablują, tłamszą je (...). Taka osoba niepełnosprawna jest odrzucana przez ludzi zdrowych, którzy (...) czują się lepsi, wywyższają się. Ja miałam raz taką pracę nawet, więc podaję przykład.

Katalog możliwych postaw wobec osób z ograniczeniem sprawności zamknijmy przykładami zachowań z kategorii dziwnych. Świadczą one o pewnej bezradności osób sprawnych, bezbłędnie wyczuwanej przez naszych rozmówców.

Na rynku kiedyś szłam (...), podleciał do mnie facet (...), dał mi kilogram śliwek, uściślał i mówi: 'Masz na drogę'. W kinie mi się zdarzyło, że dostałam torbę orzeszków (...). To są krępujące dla mnie gesty. Z drugiej strony odbieram je tak, że to są ludzie, którym jest jakoś przykro i chcą coś zrobić, ale nie bardzo wiedzą, co. No to dadzą mi te orzeszki i myślą, że to załatwi sprawę.

Na pozór sympatyczne zachowania, gdy przyjrzeć się ich podłożu, znów podyktowane są współczuciem lub poczuciem winy. Przyjmuje ono niekiedy groteskową formę, co barwnie odmalował jeden z uczestników badania:

To takie rozgrzeszenie wewnętrzne, że (...) ktoś mi coś rzucił na kolana i uciekł, nie. I tak myślę, kurde, bomba, nie bomba; dotykać, nie dotykać. A to był pączek!

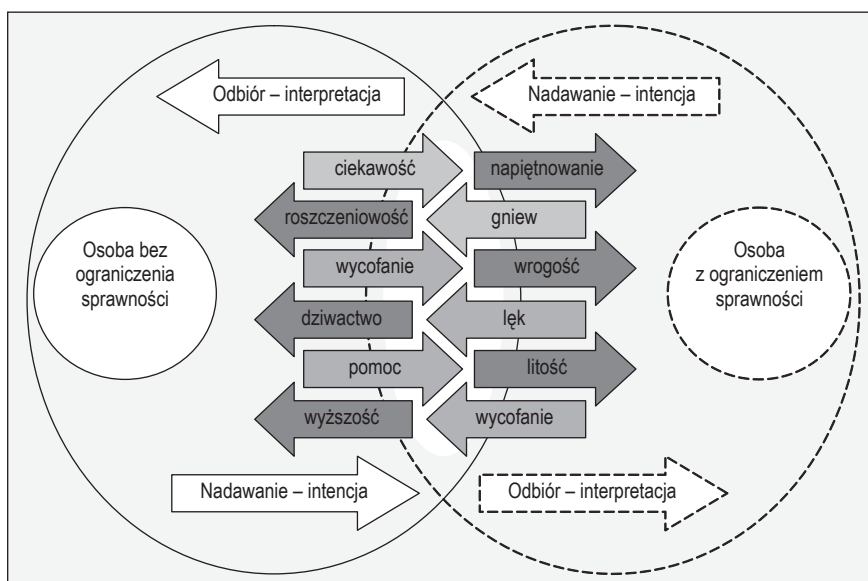
Problem nieporadności w relacjach może dotyczyć także ludzi, którzy przez wiele lat, na przykład z racji wykonywanej profesji, stykają się z osobami z ograniczeniem sprawności. Uczestniczka wywiadu przywołała swoją rozmowę z lekarzem.

'Ale dlaczego pan nie nazwie, że to jest osoba niepełnosprawna?' 'No bo nie chcę urazić'. No to kto ma nie urazić, jak to jest lekarz, który lata, zęby, włosy stracił na tym. Dla tych kulawych coś robiąc. I on teraz nie wie, jak to ubrać, w jakie słowo, żeby nie urazić?

Problemem są zatem nie tylko postawa i reakcje, lecz także sam język, którego się używa do mówienia o osobach niepełnosprawnych. Sankcjonuje on

stereotypy oraz sposób traktowania tych osób, a przez to umacnia ich wykluczenie.

Mamy nadzieję, że to zestawienie wypowiedzi oddaje w pewnym stopniu problem segregacji i wzajemnego niezrozumienia dwóch światów. Na wszystkich polach aktywności społecznej, zarówno w bliskich relacjach, jak i w kontaktach ze słabo znanymi ludźmi, osoby z ograniczeniem sprawności mogą spodziewać się różnego typu stereotypowych reakcji. Mogą to być zarówno gesty wrogie, jak i przyjazne, ale ich podłożem jest zawsze brak zrozumienia rzeczywistych potrzeb.



Rycina 15. Pułapka wzajemnego niezrozumienia. Wzrost napięcia spowodowany rozminięciem intencji i interpretacji

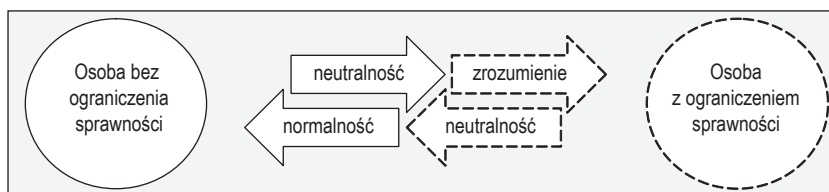
Źródło: opracowanie własne.

Poruszając problem społecznego odbioru osób z ograniczeniem sprawności, dotykamy kwestii zasadniczej dla tego opracowania, mianowicie frustracji potrzeby bycia rozumianym. Poczucie bycia nierozumianym było tematem numer jeden w czasie wywiadów. Słuchając wypowiedzi badanych i przeglądając literaturę (Goffman, 2007), można dojść do wniosku, że dochodzi na tym polu do brzemiennej w skutki niedopasowania reakcji. Osoby z ograniczeniem sprawności nie chcą wyróżniać się na tle reszty społeczeństwa. Chcą być traktowane normalnie. Osoby bez ograniczeń sprawności zauważają specyficzny wygląd czy odmienne zachowanie tych pierwszych i odczuwają niepewność, jak powinny się zachować. Mamy do czynienia z zupełnie innymi potrzebami, które stoją ze sobą w sprzeczności: jedni chcieliby, by nic się nie

wydarzyło, drudzy czują, że powinni jakoś zareagować. Wobec tej zasadniczej różnicy interakcje pomiędzy przedstawicielami obu grup są obarczone ryzykiem błędu. Przez błąd rozumiemy tu rozminięcie się skutku i intencji. Jeżeli przeanalizujemy komunikaty wysyłane i odbierane pomiędzy osobami z ograniczeniem sprawności i bez ograniczenia, to możemy wymienić kilka typowych błędów. Okazywanie zainteresowania bywa odbierane jako natrętne i piętnujące, z kolei wybuch gniewu może być zinterpretowany jako roszczeniowość. Wycofanie może być uznane za przejaw wrogości, a zaniepokojenie osoby z ograniczeniem sprawności – odczytane jako dziwactwo. Chęć okazania pomocy kojarzy się z deprecjonującym litowaniem się. Wycofanie bywa też interpretowane jako okazywanie wyższości (ryc. 15).

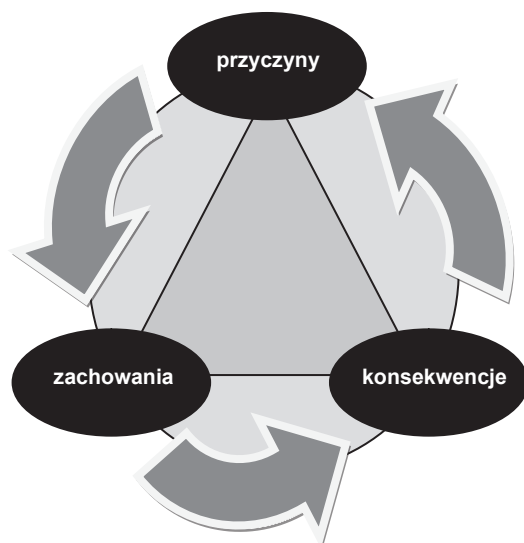
Część omawianych komunikatów została podana przez badanych jako przykład niezrozumienia sytuacji osób z ograniczeniem sprawności (zwracanie uwagi, wrogość, litowanie się). Pozostałe stanowią zbiór stereotypowych opinii i potencjalnych interpretacji, których jednak nie mogliśmy potwierdzić w tym badaniu. Nie jest to więc kompletny katalog zaobserwowanych wymian, ale hipotetyczny model, pokazujący, jak brak zrozumienia partnera interakcji, ale też samoświadomości, może negatywnie odbić się na relacji. Opisane interakcje mogą prawdopodobnie się zapętlać, nakręcając spiralę wzajemnych uprzedzeń. Odwołując się ponownie do teorii koła konfliktu, można powiedzieć, że źródłem napięcia jest różnica danych i struktury sytuacji. Szybko jednak pojawia się czynnik emocjonalny i doprowadza do konfliktu relacji.

Każdy z podmiotów interakcji nadaje i odbiera komunikaty, opierając się na innej perspektywie, dlatego pierwotny komunikat zostaje zinterpretowany inaczej, niżby tego chcieli partnerzy. Osoba z ograniczoną sprawnością nie chce być dyskryminowana, a osoba sprawna pragnie mieć za partnera kogoś dla siebie przewidywalnego. W podanych przykładach dochodziło do fali nieporozumień, pociągających za sobą kolejne reakcje. Gdyby jednak zachowanie inicjujące interakcję odpowiadało oczekiwaniom drugiej strony (neutralność, brak wyróżnienia), ten sam mechanizm mógłby doprowadzić do utworzenia płaszczyzny porozumienia (ryc. 16).



Rycina 16. Model pozytywnej interakcji

Źródło: opracowanie własne.



Błędne koło konfliktu
W sprzężeniu zwrotnym
zlewają się konsekwencje i przyczyny.

Rozwiązanie konfliktu
umożliwia identyfikacja
potrzeb (interesów) każdej ze
stron (Ury, 2006).



Na skutek braku
zrozumienia nierozwiązany
konflikt narasta.

Przyczyny konfliktu	Niedopasowane zachowania	Eskalacja jako konsekwencja
Wobec braku częstych i zróżnicowanych kontaktów (zredukowana sieć kontaktów społecznych) pomiędzy osobami z ograniczeniem sprawności i pełnosprawnymi (nieznajomość potrzeb, oczekiwań), gdy już dojdzie do spotkania, pojawia się dysonans poznawczy (rzeczywistość nie przystaje do dotychczasowej wiedzy, przekonań). Rodzi to potrzebę reakcji, a jednocześnie prowadzi do niepewności co do tego, jak się należy zachować. Nie wiadomo na przykład, jak do takiej osoby się zwracać.	Konsekwencją opisanych przyczyn może być podjęcie zachowań bardzo różnych co do intencji, ale podobnie dalekich od oczekiwań drugiej strony. Niepewność może prowadzić do podniesienia poziomu lęku, co skutkuje wycofaniem lub wrogością, może też prowadzić do mylnych interpretacji, czego owocem są kłopotliwe i upokarzające dla osób z ograniczeniami sprawności zachowania i postawy: okazywanie szacunku na wyrost, litość, udzielanie wsparcia na siłę, traktowanie jak dziecko, użalanie się. Jeszcze innym skutkiem niepewności jest gapiostwo, uporczywe zwracanie na kogoś uwagi.	W efekcie tych zachowań w miejscu braku kontaktów pojawia się faktyczna bariera w kontaktach, zbudowana z wzajemnego niezrozumienia, żalu i uprzedzeń. Konsekwencje zajmują miejsce przyczyn. Szansa na wzajemne zrozumienie oddala się. Sankcjonowany jest podział na dwa obozy: „my” i „oni”. Brak obycia prowadzi na przykład do nieracjonalnych lęków przed sprzętem typu wózek inwalidzki. Często dochodzi do dyskryminacji wynikającej nie tyle z intencji, co z ignorancji, nieznajomości problemu. Jest to odbierane jako celowa wrogość, co powoduje podniesienie poziomu emocji i zaognienie konfliktu.

Rycina 17. Mechanizm konfliktu relacji pomiędzy osobami sprawnymi a osobami z ograniczeniem sprawności wynikający z braku zrozumienia swoich potrzeb

Źródło: opracowanie własne.

Szereg opisanych w czasie wywiadów zachowań, z jakimi spotykali się badani, świadczy według nich o mylnym wyobrażeniu na temat niepełnosprawności, jakie mają osoby sprawne. Uczestnicy wywiadów wyjaśnili, jakie konsekwencje mają te trudne do zaakceptowania zachowania. Podzielili się także swoimi przypuszczeniami co do ich przyczyn. Wsłuchując się w głos badanych, trudno uniknąć wrażenia błędnego koła, w którym konsekwencje stają się przyczynami zachowań coraz bardziej oddalających uczestników interakcji od rozwiązania problemu i wzajemnego zrozumienia (ryc. 17).

Jest to specyficzny, niebezpośredni typ konfliktu, który może znaleźć i znajduje odbicie w poszczególnych relacjach. Występuje on na poziomie procesów społecznych, w które zaangażowane jest spostrzeganie (wszystkie formy stereotypizacji). Ma swoje konsekwencje behawioralne w postaci opisanych w tym rozdziale zachowań, ale też na przykład w obowiązującym systemie wsparcia osób z ograniczeniem sprawności. Charakteryzuje go powszechność, co również oznacza, że nie da się nikomu przypisać odpowiedzialności za jego powstanie. W tym konflikcie na skutek specyfiki funkcjonowania procesów poznawczych dokonuje się podział na grupy sprawnych i niepełnosprawnych. Dopiero odmienne interesy tych grup stoją ze sobą w konflikcie.

Wspomniany mechanizm ma zastosowanie zarówno na poziomie jednostek, jak i grup społecznych. W podobny sposób tworzą się uprzedzenia na tle rasowym czy religijnym. Praprzyczyną konfliktu jest zróżnicowanie specyficznych potrzeb, wynikające z różnic między ludźmi. Nałożenie umownej siatki norm kulturowych decyduje o wyniku porównań społecznych i powstaniu postrzeżeń, a w konsekwencji – stereotypów. Wydaje się, że są to dość naturalne procesy, podobnie jak powstanie dysonansu poznawczego, rozumianego jako niezgodność nie tylko przekonań o sobie, lecz także wiedzy o świecie, w zetknięciu ze zjawiskiem nowym, różnym od tego, co dotąd znane.

Wydaje się zresztą, że osoby z ograniczeniem sprawności tak samo jak sprawne narażone są na pojawienie się dysonansu. Nie ulega wątpliwości, że ich nastawienie, wynikające z doświadczanej niepewności lub będące konsekwencją przykrych doświadczeń, wzmacnia klimat niezrozumienia. Sami uczestnicy badań wyrazili następującą refleksję:

Ale faktem jest, że my sami nie wiemy też, jakbyśmy się zachowywali, gdybyśmy chodzili (...) nie mamy pojęcia, także patrzymy z punktu swojego, subiektywnego.

Teoria dysonansu poznawczego zakłada istnienie napięcia pomiędzy obrazem siebie a informacją pojawiającą się z zewnątrz (Festinger, 1957). Gdy powstanie dysonans, automatycznie konieczne staje się jego zredukowanie. W opisywanych przez nas przypadkach funkcję reduktorów pełniły między innymi współczucie, litość, agresja i ignorowanie.

Problem odczuwania ograniczenia sprawności jest jak najbardziej realny. Jeden z uczestników wywiadów podzielił się swoim bardzo osobistym doświadczeniem z okresu dorastania.

Trafiasz do podstawówki, inni kumple już w drugiej klasie się całują, a ja jestem na wózku. Jest piąta klasa – chodzą na dyskoteki, ty sobie nie potańczysz, nie przytulisz, bo jak masz to zrobić. Przytulisz do wózka, pocałujesz? Niby się z tobą pobawią, ale nie ma tego cielesnego, bo tak to byś zabrał ją gdzieś w kącie, wiesz. Jak w końcu rośniesz, rośniesz, rośniesz i wiesz, nie możesz nawiązać tego kontaktu. Nie chcę nazwać cielesnym, ale wiesz...

Opisane doświadczenie, choć bardzo trudne, nie powinno skłaniać do załamania rąk, ale zachęcać do zajmowania się istotą problemu, a więc do likwidacji barier dzięki zaspokajaniu potrzeby zrozumienia. Osoba odczuwająca wyraźnie swoje ograniczenie potrzebuje dużo zrozumienia, by zrozumieć siebie i innych. W tym przypadku pomocna byłaby nauka tańca dla osób na wózkach, porządna edukacja seksualna, rozwijanie zainteresowań, talentów, umiejętności, osvajanie społeczeństwa ze zjawiskiem niepełnosprawności, stymulowanie wzajemnych kontaktów.

Konflikt pomiędzy potrzebą wtopienia się w społeczeństwo a potrzebą wyjaśnienia doświadczenia inności może pogodzić jedynie uczynienie z ograniczenia sprawności normy, a więc takie oswojenie się z nim, zrozumienie potrzeb i różnorodności, aby ograniczenie sprawności przestało być wyróżnikiem. Jest to droga przeciwna wobec tendencji do ukrycia się i różna od prób zredukowania dysonansu. Wymaga oczywiście podjęcia bardzo wielu działań, a także zmiany mentalności zarówno osób sprawnych, jak i osób z ograniczeniem sprawności. Może się to dokonać dzięki zwiększaniu kapitału społecznego osób z ograniczeniem sprawności. Środkami do osiągnięcia tego celu są komunikacja społeczna i współpraca w grupie.

2.6. Rodzaj i adekwatność udzielanego wsparcia, czynniki psychologiczno-społeczne

Kolejny obszar problemowy, który dało się wyodrębnić na podstawie wypowiedzi uczestników, obejmował obciążenia psychiczne, z jakimi mają do czynienia osoby z ograniczeniem sprawności. Temat ten przewija się zresztą przez wszystkie rozdziały książki, ponieważ stan psychiczny rzutuje na wszystkie aspekty ludzkiego życia.

Nasi współrozmówcy mówili o trudnych doświadczeniach związanych z kontaktami ze służbą zdrowia, o mierzeniu się z izolacją społeczną, o próbach zaistnienia na rynku pracy. W wielu wypowiedziach zwracali jednak uwagę na nieopuszczające ich pozytywne myślenie. Znajduje ono wyraz w woli przezwyciężenia trudności i radzenia sobie z ograniczeniami, na przekór obawom, jakie się z tym wiążą. Uczestnicy mówili też, że pomoc psychologiczna

osobom z ograniczeniem sprawności nie jest łatwa i wymaga odpowiedniego przygotowania oraz podejścia uwzględniającego specyfikę grupy.

Tytułowa potrzeba bycia rozumianym i łącząca się z nią zdolność rozumienia siebie i innych najmocniej ujawnia się w omawianym właśnie obszarze. To na poziomie psychiki tworzy się przyjazny lub wrogi obraz otoczenia. To tutaj wzrasta przekonanie o własnej wartości albo niekompetencji, do głosu dochodzą obawy i nadzieje.

Podróż przez meandry ludzkiej psychiki rozpoczniemy od sytuacji, w której osoba konfrontuje się z informacją o pojawieniu się ograniczenia swojej sprawności. Siłą rzeczy przydarza się to osobom, które podupadły na zdrowiu, a nie tym, które ograniczenia doświadczają od małego. Moment diagnozy, niezależnie od tego, czy nastąpi po długotrwałej chorobie, czy po dramatycznym wydarzeniu, zawsze stanowi przełom. Pojawia się mnóstwo pytań o to, jak żyć i co będzie dalej. Powinien też wystąpić szok, próby zaprzeczenia, następnie okres depresji, przypominającej żałobę po stracie, wreszcie po dłuższym okresie stopniowa akceptacja nowej sytuacji (Wolski, 2010). Zaskoczenie nieoczekiwanym obrotem spraw dotyka także najbliższych, którzy są zmuszeni przemodelować całe dotychczasowe funkcjonowanie. Diagnoza uruchamiająca lawinę zdarzeń jest więc dobrym momentem na wsparcie ze strony specjalisty. Nasi rozmówcy opowiedzieli o swoich doświadczeniach związanych ze sposobem traktowania ich w placówkach zdrowia:

Jest taki moment, że jak już człowiek dostaje diagnozę, że jest chory, to zostaje sam ze sobą, bo polski system zdrowia nie zakłada w szpitalu [obecności] psychologa. Owszem, jest tam pani zatrudniona na etacie, ale ona się generalnie zajmuje piciem kawy, ona tam ładnie wygląda.

Badani skarżyli się nie tylko na brak profesjonalizmu zatrudnionych przez placówki zdrowia psychologów, lecz także na sposób traktowania ich przez lekarzy. Szczególnie negatywnie oceniana była forma przekazywania informacji o chorobie i sposobach leczenia.

Byłem tam w szpitalu i mi lekarz powiedział w przelocie, że jestem chory na stwardnienie. Nie przyszedł do mnie żaden psycholog, nie powiedział mi, na czym ta choroba polega, jak można z nią walczyć, jak ją leczyć, nie, po prostu 'Pan się zapisze na listę oczekujących na leczenie' i 'Lista jest długa'.

Poczucie osamotnienia w trudnej chwili głęboko wbiło się w pamięć badanego. Bywa też nieraz tak, że pomoc przychodzi, ale nie w porę. Oto relacja z perspektywy osoby, która starała się udzielić wsparcia:

Przez jakiś czas bawiłem się w tak zwany 'pierwszy kontakt' i ja z tego zrezygnowałem, bo to działało na mnie stresująco. Bo jak ja mam przyjść do człowieka, który jest półtora roku po wypadku, powiedzieć 'Stary, nie martw się, usiądziesz za dwa miesiące na wózek, możesz tyle i tyle'. Bo za mną kaczka na mocz leciała i na zasadzie 'Wypier..., co ty mi tu takie, przecież ja będę chodził'.

Zrozumienie aktualnej sytuacji osoby z ograniczeniem sprawności jej gotowości do podjęcia zaproponowanych działań jest warunkiem powodzenia wszelkich interwencji. W opisanych sytuacjach mieliśmy do czynienia z brakiem rozumienia potrzeb. Skutkowało to poczuciem niezadowolenia u wszystkich uczestników interakcji.

Nakładając na siebie dwa parametry: gotowość (lub jej brak) przyjęcia wsparcia u odbiorcy i chęć (lub jej brak) udzielenia pomocy u nadawcy, możemy wyobrazić sobie cztery możliwe scenariusze:

1. gdy nadawca i odbiorca są zgodni, jeden chce udzielić wsparcia, drugi pragnie je otrzymać, mamy szansę na adekwatną do potrzeb interwencję;
2. gdy jedna ze stron oczekuje pomocy, ale druga nie jest w stanie jej udzielić, dochodzi do frustracji potrzeby wsparcia;
3. gdy odbiorca nie jest gotowy na przyjęcie pomocy, a mimo to nadawca jej udziela, jest to pomoc na siłę, frustrująca nadawcę i unieszczęśliwiająca odbiorcę;
4. gdy u obu stron brakuje gotowości do dawania i otrzymywania, nie dochodzi do interakcji i nikt nie odczuwa z tego powodu straty.

Model ten przedstawiony został w tabeli 3.

Tabela 3. Scenariusze pomocy

		Nadawca	
		Udzielenie wsparcia	Nieudzielenie wsparcia
Odbiorca	Gotowość przyjęcia wsparcia	1. adekwatna interwencja	2. frustracja potrzeby pomocy
	Brak gotowości przyjęcia wsparcia	3. pomoc na siłę	4. brak interakcji

Źródło: opracowanie własne.

Po odrzuceniu sytuacji numer 4, w której nie dochodzi do interakcji, przyjmiemy się trzem pozostałym przypadkom. Tylko jeden z nich daje szansę na korzyść dla obu stron. Powodzenie nie jest jednak automatycznie zagwarantowane. Zależy od jakości oferty pomocy i umiejętności skorzystania z niej przez odbiorcę. Jak pokazuje poniższy przykład, niekiedy obie strony są chętne do współpracy, ale udzielona pomoc wyrządza szkodę. W tym wypadku działa demotywująco.

Albo też rodzice swoją nadopiekuńczością przesadzają. Osoba, która już ma, założmy, 18 lat, no to dalej koło niej skaczą, wszystko robią, podnoszą z wózka, wożą wszędzie. Taka osoba wiadomo też, że nie miała kiedy się usamodzielniać, a tym bardziej już nie mówiąc o pójściu do pracy. A tym bardziej, wtedy sama się czuje, że ‘O, jestem naprawdę do niczego’.

Tak więc nawet ta korzystna z punktu widzenia relacji wymiana może być niedźwiedzią przysługą. W pozostałych dwóch wariantach (pomoc na siłę, fru-

stracja potrzeby pomocy) pojawiają się dodatkowe obciążenia, które czynią sytuację nieznosną. Zilustrujemy to jeszcze kilkoma przykładami.

Zmuszają po prostu ją do chodzenia, ona nie chce chodzić. Ona jest w jakimś stopniu niepełnosprawna, że może chodzić, ale też jeździ na wózku. I rodzice nie mogą po prostu pogodzić się z tym, że jeździ na wózku, i ciągle każą jej chodzić, więc ona przez to, że oni ciągle jej powtarzają o chodzeniu, właśnie się do tego zraziła i jeszcze bardziej nie chce.

Badani tak opisali rozdzźwięk między intencją pomocy a brakiem gotowości do skorzystania z niej:

Trzeba im podać rękę albo poinformować, powiedzieć im, że jest szansa. Niektórzy są już nie do zmienienia, bo już tak się zapadli w tym i też rozleniwili.

Dla osoby chcącej udzielić pomocy to niedopasowanie wydaje się niewdzięcznością, postawą roszczeniową.

Wielu osobom można chcieć podać tę rękę, ale on i tak będzie narzekał. To się wiąże z tym, że nie jest w stanie ta osoba czy nie chce nic od siebie dać.

Tymczasem może to być efekt wyuczonej bezradności, braku nadziei, depresji, w której pogrążony jest odbiorca. Werbalizacja niechęci może służyć u tej osoby rozładowaniu napięcia, próbie wzmocnienia poczucia własnej wartości. Nadawca przejmując te negatywne emocje i jeśli nie jest świadomy sytuacji, to udziela mu się agresja, zniechęcenie odbiorcy. Buduje też negatywny obraz tej osoby. Patrząc z zewnątrz, można mieć nawet pretensje, że jakaś osoba zachowuje się w sposób bierny.

Już w taką apatię popada: 'Ja jestem taki chory, taki biedny, mnie się już nic nie należy, mi się już nic nie chce'. I zamyka się w domu, włącza sobie telewizorek i po prostu jęczy, jaki on jest biedny. Popada w jedną, drugą depresję, a potem się kończy śmiercią i tyle. Bo już się nie chce żyć.

Uczestnicy debat zwrócili uwagę na zagrożenie płynące z przedłużającego się okresu obniżenia aktywności. W pewnym momencie miejsce pierwotnej przyczyny izolacji zajmuje wtórna. Problemem nie jest już ograniczenie związane ze stanem zdrowia ani potrzeba „przetrawienia” tego faktu, ale sama długotrwała izolacja, brak umiejętności odnowienia lub nawiązania satysfakcjonujących więzi.

Jeżeli się nie czuje potrzebny, (...) a później w taki marazm wpada, to wtedy trudno mu otworzyć się, wtedy raczej się chowa przed ludźmi.

Przychodzi moment, gdy pomocna dłoń jest faktycznie niezbędna po to, by nie dopuścić do izolacji społecznej takiej osoby. Ważną rolę mają tu do odegrania bliscy.

Jeżeli mamy w domu u siebie bliskie osoby czy znajomych, czy przyjaciół, czy rodzinę, czy dzieci, no to jest to o wiele łatwiej wyjść z dołka, bo oni wtedy w jakimś stopniu trzymają i starają się, żeby tą osobę wyciągać, popychać trochę do działa-

nia czy wyciągać z choroby, ale w drugą stronę. Jeżeli ktoś jest sam, to jest bardzo ciężko, to wtedy właśnie potrzebna jest ta pomoc zewnętrzna, czyli właśnie jakieś pomoce społeczne czy jakieś inne organizacje.

Pierwszy kontakt z rzeczywistością osób sprawnych jest bardzo trudny.

Im dłużej jest się tak wycofanym, to potem trudno jest wrócić do środowiska. Na przykład ludzie niepełnosprawni boją się pełnosprawnych osób, dlatego takie integracje są ważne, żeby najpierw być między swoimi, jak to się mówi, między tymi niepełnosprawnymi, nabrać tam siły, wzmocnić się, żeby potem iść w środowisko po prostu innych ludzi tacy wzmocnieni, bo słaby człowiek po prostu się znowu wycofa.

Badani podkreślali potrzebę zmniejszania kontrastów dzięki stopniowemu przechodzeniu ze stanu wycofania do aktywności. Szczególne znaczenie dla powodzenia tej operacji mogą mieć kontakty z innymi osobami z ograniczeniem sprawności.

Wiesz, siedziałem 15 lat w domu i nie wychodziłem. Jest coś takiego, że jak tylko dowiadują się, że ktoś złamał kręgosłup, sparaliżowany, to przyjeżdża inna osoba na wózku do niego i uświadamia go. Nie chce mówić tego obrzydliwego słowa 'pociesza', bo tu nie ma co pocieszać, bo on sam też siedzi na wózku i jego też może trzeba było pocieszyć, ale on uświadamia tą osobę. Mówi: 'Spoko, gościu, nie jesteś sam. Zobacz, ja jestem też na wózku i nie wstydzę się jeździć. Można jeździć. Wsadź sobie tego pampersa, załóż sobie ten cewnik'. I wtedy tej osobie drugiej jest łatwiej. Najciężej jest, jak cię otoczą sami sprawni i wtedy robisz się taki malutki, kurczysz się. I wtedy naprawdę nie masz ochoty wyjść. Jak zobaczysz sobie przez okno jakiegoś niepełnosprawnego, to sobie myślisz, o kurcze, jak fajnie by było z nim się przejechać.

Autor cytowanej wypowiedzi położył nacisk na wiarygodność osoby pomagającej. Dobrze, gdy jest to osoba z podobnej grupy społecznej, z którą można się identyfikować. Porównując się z nią, łatwiej można znaleźć sposoby poradenia sobie z szeregiem wyzwań. Należą do nich konieczność zdobycia środków do życia, włączenie się w sieć kontaktów społecznych, realizacja swoich życiowych pasji.

Przeszkodami w osiągnięciu tych celów są oprócz ograniczenia sprawności brak kompetencji społecznych, nieobycie w świecie, a także opór psychiczny związany z obawą przed negatywnymi reakcjami ze strony osób sprawnych.

Osoby z ograniczeniem sprawności życzyłyby sobie zmiany niekorzystnego wizerunku. Stereotypowe postrzeganie społeczne jest według nich przyczyną wykluczenia i przykrych doświadczeń.

Zmienić nastawienie otoczenia. I co to daje, że ludziom się zmienia patrzanie na osobę niepełnosprawną? Nie patrzą już na ciebie jak na trędowatego, no po prostu.

Naturalnymi sprzymierzeńcami w tej walce są osoby mające podobny problem. Stopniowe wchodzenie w życie społeczne i wzmacnianie swoich kom-

petencji może się dokonywać dzięki udziałowi w środowiskach opartych na zasadzie wzajemnej samopomocy lub kontaktowi z odpowiednio przystosowanymi ośrodkami.

Żeby to było wyraźnie powiedziane: 'Ok, możecie tu przyjść, tutaj się za nic nie płaci'. Bo ci ludzie po prostu mają wstyd, mają stres: 'Ja nie mam pieniędzy, nie mam się w co ubrać, ja nie pójdę'. Żeby oni wiedzieli, że to jest miejsce, gdzie spotkam drugiego takiego samego człowieka, posiedzimy sobie, porozmawiamy i zintegrujemy się.

Pamiętajmy jednak, że często samo przyjście do przychylnego miejsca, gdzie można znaleźć pokrzepienie i inspirację, okupione jest walką z własnym negatywnym nastawieniem. Kluczowe wydaje się przełamanie pewnej bariery mentalnej, która nie pozwala aktywnie działać. To dzięki stawianiu sobie kolejnych, coraz trudniejszych wymagań następuje budowanie poczucia kontroli, kompetencji i w efekcie kształtowanie pozytywnego wizerunku siebie.

Wielu, z którymi rozmawiałem, jeździ na jakieś obozy, wyprawy, co w życiu by nawet jako sprawny się nie zdecydował, a na wózku czy o kulach, czy o innych jakichś tam się ludzie decydują. Właśnie żeby się przełamywać, zdobywać, samego siebie przekonywać, że ja to potrafię. I samo takie doświadczenie później dużo daje w codziennym życiu, w samoobsłudze, w takiej pewności siebie.

Badani byli jednomyślni co do tego, że osobom z ograniczeniem sprawności bezwzględnie potrzebna jest wola przezwyciężenia własnego marazmu i izolacji społecznej. Jest ona niezbędna, by utrzymać się na rynku pracy.

Wiem, co to znaczy być na zasiłku z MOPS-u. Wiem, bo przerabiałam ten temat: sprzedawanie butelek i tak dalej. Że nie było dzieciom co dać jeść. Ja to wszystko znam. Ale ja powiedziałam, że się nie poddam, no i dalej ciągnę na tej zasadzie.

Kariera zawodowa to trzeci duży obszar, po wsparciu psychologiczno-medycznym i włączeniu się w sieć kontaktów społecznych, omawiany w kontekście dobrostanu psychicznego badanych. Konsekwencją wyjścia z izolacji spowodowanej ograniczeniem sprawności jest próba znalezienia płatnego zajęcia. Biorąc pod uwagę długą drogę, którą przebyła osoba z ograniczeniem sprawności, aby znaleźć się na tym etapie życia, można by się spodziewać powszechnego uznania i szacunku dla niej. Niestety, to się nie pojawia. Jest za to dalsza walka o swoje miejsce w społeczeństwie, a konkretnie o pozycję w miejscu pracy.

Normalne osoby, jeśli chodzi o pracę, bardzo często odrzucają osoby niepełnosprawne, kablują, tłamszą je.

Po uzyskaniu zatrudnienia często się zdarza, że osoba z ograniczeniem sprawności koncentruje się głównie na tym, by utrzymać posadę, a nie na rozwoju i osiąganiu sukcesu zawodowego. Przyczyn jest wiele: ogólna trudność w zdobyciu pracy, spalające psychicznie zmaganie się z niezrozumieniem i dyskryminacją, brak perspektyw.

Nie zawsze czują się potrzebni innym, żeby mieli większą łatwość w osiągnięciu satysfakcji takiej zawodowej, nie? Wtedy to bardziej mogło otwierać ich i innych, żeby mogli ich poznać, że to nie są tacy ludzie, których trzeba się obawiać.

Negatywne doświadczenia z miejsca pracy odbierają motywację do poszukiwania nowego zajęcia. Poczucie bycia nierozumianym nie sprzyja postawie otwartości. Pojawia się niechęć do nawiązywania kontaktów i przebywania w pracy.

Niezrozumienie w środowisku pracy strasznie zniechęca do pójścia do niej. Albo nawet zanim ta osoba jeszcze pójdzie do pracy, będzie sobie myślała: 'Czy oni mnie zaakceptują, czy sobie poradzę? Czy zrobią mi herbatę, jeżeli sam sobie nie dam rady? Czy będzie ktoś, żeby pomóc? Czy do ubikacji będę miał dostęp, na przykład?' I można woleć zostać w domu, żeby nie narażać się na takie kompromitujące sytuacje. Osoba wrażliwa raczej nie podejmie pracy, no bo się będzie za bardzo bała, że nie zostanie zaakceptowana albo zostanie wyrzucona.

Dotykamy tutaj problemów osób zatrudnionych. Okupione dużym wysiłkiem znalezienie pracy nie jest automatycznym rozwiązaniem wszystkich bolączek. Wręcz przeciwnie, pojawiają się nowe trudności, a stare wcale nie pozwalają o sobie zapomnieć. U niektórych niepewność w poruszaniu się po rynku pracy spotęgowana jest poczuciem uciekającego czasu. Wrażenie niepunktualności zdarzeń życiowych może być obciążeniem dla psychiki osób, które z powodu ograniczenia sprawności później rozpoczynają karierę zawodową (Kaczan, 2010).

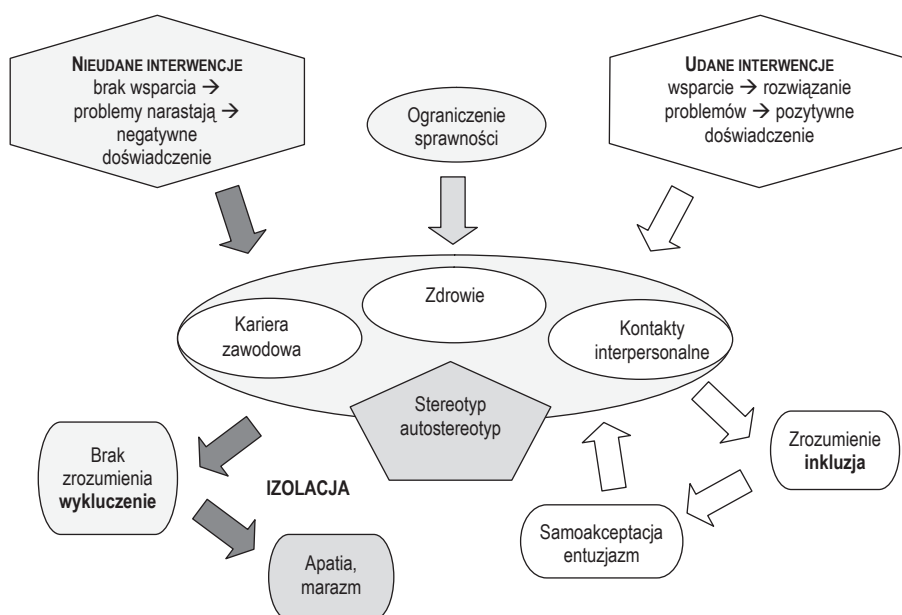
34 lata to jest wiek, kiedy ma się już swoje przyzwyczajenia i już trudniej jest podjąć decyzję jakąś. Bardziej człowiek jest przełknięty, zwłaszcza że niepełnosprawny, troszeczkę inaczej niż taka osoba mająca dwadzieścia parę lat.

Źródłem wielu obaw jest także system formalno-prawny, który określa reguły przyznawania rent dla osób z ograniczoną sprawnością. W szczególności sposób rynku pracy wraz z systemem przyznawania rent zostanie opisany w następnym podrozdziale. Tutaj warto zwrócić uwagę na psychologiczny efekt funkcjonowania tego systemu, który wymusza rezygnację z większych aspiracji finansowych albo podjęcie dużego ryzyka.

Ta renta, mimo że jest bardzo niska, ale daje taki minimalny komfort poczucia bezpieczeństwa. I jeżeli ktoś zaryzykował, aktywnie pracuje przez pewien okres czasu, musi zrezygnować z renty. Ale jeśli pozytywnie sprawdza się, potem znajduje inną, kolejną pracę – rozwija się wewnętrznie. Wtedy jest pewien własnych możliwości i sił. Ale na starcie osoba jest przerażona właśnie tym aspektem finansowym. Czyli traceniem tego bezpieczeństwa minimalnego.

Na tym cytacie zakończymy omawianie problemów natury psychologiczno-społecznej, jakimi podzielili się z nami badani. Wnioski, jakie możemy wyprowadzić, są takie, że właściwie nie ma obszaru funkcjonowania osób z ograniczeniem sprawności, w którym nie byłyby one narażone na nieprzyjemne doznania. Nie są one podyktowane kłopotami ze zdrowiem, ale najczę-

ściej trudną relacją z otoczeniem. Konsekwencją negatywnych doświadczeń może być wykluczenie. Jeśli osoba z ograniczeniem sprawności nie otrzyma właściwego wsparcia ze strony instytucji i bliskich oraz jeśli sama nie wykaże woli przezwyciężenia własnych ograniczeń – to wykluczenie powoduje kolejne negatywne doświadczenia. Długotrwałe wykluczenie, izolacja społeczna, pozostawanie bez wsparcia emocjonalnego, społecznego i ekonomicznego mogą prowadzić do marazmu i apatii. Jeśli jednak osoba z ograniczeniem sprawności w odpowiednim momencie i we właściwy sposób będzie wspierana w wymienionych wymiarach, to ma szansę na poczucie zrozumienia, samoakceptację i pozytywny obraz siebie. To z kolei może prowadzić do aktywnego włączania się w życie społeczne, realizacji własnych potrzeb i planów oraz poczucia szczęścia (ryc. 18).



Rycina 18. Procesy wykluczenia i inkluzji osób z ograniczeniem sprawności w zależności od jakości interwencji i doświadczeń jednostki

Źródło: opracowanie własne.

Omówiliśmy trzy ważne sfery aktywności osób z ograniczeniem sprawności: zdrowie, kontakty interpersonalne, karierę zawodową. Kolejność nie była przypadkowa. Śledziliśmy drogę, jaką musi przebyć osoba z ograniczeniem sprawności od momentu diagnozy lekarskiej i wycofania z życia, spowodowanego stanem zdrowia, przez próby wyjścia z izolacji, aż do podjęcia aktywności na rynku pracy. Na każdym etapie czyhało niebezpieczeństwo nie-

powodzenia, skutkującego zepchnięciem na boczny tor, biernością, frustracją, izolacją, wykluczeniem.

Gwarantem sukcesu było zrozumienie specyficznej sytuacji i precyzyjne dopasowanie interwencji do potrzeb. Podobnie jak w komunikacji, przyjęcie pomocy wymaga wzajemnego dopasowania nadawcy i odbiorcy.

Jednym ze skutecznych sposobów przezwyciężenia marazmu, jaki wskazywali debatujący, było otrzymanie wsparcia psychicznego ze strony bliskich. Sugestia ta pokrywa się z przytaczanymi w rozdziale 1 wynikami badań, które mówią, że osoby mające pozytywne kontakty społeczne łatwiej radzą sobie z problemami życiowymi (Kawachi, Berkman, 2001).

Dzięki wywiadam mogliśmy się przekonać, jak wiele warunków musi być spełnionych na drodze do samorealizacji osób z ograniczeniem sprawności: odpowiedni kapitał społeczny, fachowa pomoc we właściwym czasie, możliwość stopniowej aktywizacji, determinacja, odporność psychiczna.

2.7. Sytuacja na rynku pracy

Ostatnia z omawianych w tym rozdziale kwestii problemowych, która była przedmiotem debaty, to sytuacja osób z ograniczoną sprawnością na rynku pracy. Temat ten miał szczególne znaczenie dla instytucji nadzorujących badania. Aktywizacja zawodowa jest jednym z priorytetów w polityce państwa polskiego wobec osób z ograniczeniem sprawności. Zapytaliśmy zatem wprost naszych dyskutantów, na jakie bariery i ograniczenia natrafiają w swobodnym funkcjonowaniu w sferze zawodowej. Zagadnienie to wzbudziło żywy odzew uczestników. Pojawiło się sporo dosadnych, pełnych emocji wypowiedzi. Do głosu doszło niezadowolenie z niskiego poziomu zaspokojenia potrzeb i oczekiwań w tej dziedzinie. Komentarze dotyczące sytuacji osób z ograniczeniem sprawności na rynku pracy wskazują na sztuczne zaniżenie możliwości funkcjonowania na tym polu. Zatem to nie niepełnosprawność, ale to, co się wokół niej dzieje, jest problemem.

Wypowiedzi badanych świadczyły o tym, że traktują oni aktywność na rynku pracy jako jeden z ważnych wymiarów funkcjonowania i komunikowania w społeczeństwie. Ten tok rozumowania pokrywa się z przyjętym przez nas założeniem, że włączenie w środowisko pracy jest jednocześnie włączeniem w sieć społeczną. Jednym z jej węzłów są relacje ze współpracownikami i pracodawcą. Sam fakt przynależności do zespołu, bycia częścią organizacji, jest źródłem dowartościowania osób z ograniczoną sprawnością. Wiąże się z poczuciem siły, kompetencji, własnej wartości, użyteczności i z niezależnością.

Osoba niepełnosprawna wychodzi ze swojego środowiska i podejmuje jakąś pracę, dzięki temu zyskuje satysfakcję, a dzięki temu większą energię, że nie ogranicza jej coś jeszcze.

Badani zasygnalizowali, że chcieliby otrzymać szansę na podjęcie tego rodzaju aktywności:

Żeby po prostu nie odbierali nam tego, dali możliwość.

Osoby z ograniczeniem sprawności napotykają szereg barier przy próbie wejścia w świat dynamicznych relacji społecznych, w tym w obszar pracy zawodowej. Oprócz obiektywnego ograniczenia sprawności, hamują je stereotypizacja, autostereotypizacja i stygmatyzacja. Osoby niepełnosprawne obciążone w ten sposób sygnalizują potrzebę procesualnego i stopniowego włączania się w życie społeczne:

(...) osoba niepełnosprawna dobrze, żeby najpierw się poczuła dobrze i pewniej ze swoimi, czyli też z innymi osobami z ograniczeniami, z osobami niepełnosprawnymi, a potem wyszła do osób pełnosprawnych.

Osoby z ograniczeniem sprawności odczuwają niepokój związany z przewagą osób sprawnych i chcą raczej doskonalić swoje kompetencje społeczne w cieplarnianych warunkach, a dopiero po nabraniu przekonania o swojej wartości stopniowo zacząć włączać się w nowe środowiska i życie zawodowe.

(...) my się tu bardziej rozumiemy przez to, że każdy z nas coś przeszedł, jeśli chodzi o chorobę (...), natomiast nie jesteśmy akceptowani na zewnątrz, a są nieraz kpiny, drwiny i my się może obawiamy, żeby się jakoś tak odkryć, natomiast tu nie ma tego problemu, (...) jest inaczej, i tu się wzmacniamy i odbudowujemy, (...) i jak człowiek będzie w środowisku zdrowych ludzi już jest mu łatwiej, jest silniejszy.

Nasi rozmówcy wyrażali ponadto obawę, że w otwartej konfrontacji na rynku pracy mogą nie wytrzymać konkurencji osób sprawnych.

Takie osoby po prostu się boją, że jeżeli nie sprawdzą się, to na przykład po miesiącu nie będą miały z czego żyć. No bo to jest też na pewno strach. Nie zawsze dostanie się pracę, a się nie sprawdzi taka osoba, no bo nie da sobie rady.

Trening grupowy daje szansę na ćwiczenie kompetencji społecznych, w szczególności kompetencji komunikacyjnych. Może on być rodzajem laboratorium interakcji społecznych, w którym dzięki bezpiecznej atmosferze i wsparciu profesjonalistów osoby niepełnosprawne poznają siebie, swoje reakcje oraz odkrywają swoje zasoby i atrakcyjność społeczną. Nasi rozmówcy wyraźnie podkreślali potrzebę odbycia takiego treningu, który umożliwiałby im stopniowe angażowanie się w nowe interakcje społeczne.

Na tych spotkaniach dzisiaj zaskoczyło mnie to, że nie mówimy o swoich słabościach, wszystkie te ćwiczenia nastawione są na nasze dodatnie cechy, nic nie mówimy o naszych negatywnych rzeczach (...) i nagle człowiek zaczyna: 'Boże, to ja mam to, ja mam tamto'. Nieraz trzeba pomóc, żeby ludziom uzewnętrznić te własne umiejętności.

Osoby z ograniczeniem sprawności obawiają się dużego tempa współczesnego życia i związanej z nim presji. Wobec dynamicznie następujących zmian czasowe wycofanie się z głównego nurtu szybko prowadzi na boczny tor, a niekiedy na margines społeczny. Powrót stamtąd wymaga podjęcia dodatkowego wysiłku podyktowanego między innymi potrzebą aktualizacji wiedzy.

Właśnie im dłużej jest się tak wycofanym, to potem trudno jest wrócić do środowiska.

Uczestnicy wywiadów dostrzegli, jak ważną rolę we włączaniu osób z ograniczeniem sprawności w życie społeczne ma ich własne nastawienie. Zwrócili uwagę, że znikoma skuteczność programów aktywizacji zawodowej spowodowana jest niewielkim odzewem potencjalnych beneficjentów. W związku z tym podkreślali potrzebę wykazania aktywnej postawy w tym procesie.

(...) bez takich zmian systemowych mentalności, świadomości, zwalczania stereotypów, się nie da. Każdy we własnym zakresie na pewno tak. Ale nie można liczyć, że ktoś za mnie to robi, musimy z tym walczyć i to zmieniać. To dużo od nas, niepełnosprawnych, zależy. Powinniśmy wychodzić, uaktywniać się, mówić, co jest nam potrzebne. Uczyć cały świat i dawać mu szanse, aby stać się lepszym. Dużo zależy od nas samych.

I kolejny cytat:

Jest tyle potrzebnych osób, niech pójdzie, jeden, drugi, kurcze, czy do szpitala, czy do domu starców, czy do innego ośrodka, i zobaczy, jak to wygląda, i on wtedy zacznie zmieniać pogląd na świat, na życie, zacznie inaczej myśleć. (...) ale to, po prostu, trzeba chcieć.

Potrzeba własnej aktywności ze strony niepełnosprawnych wyrażana była niekiedy w dobitnych i ironicznych komentarzach:

Jak ty trwonisz życie, taki wycofany, to przejdź się tak wokół cmentarza, wtedy to ci pomoże.

Oprócz kwestii społeczno-psychologicznych (stygmatyzacja, wykluczenie i aktywna postawa) dyskutanci zauważyli szereg formalno-prawnych barier w swobodnym poruszaniu się po rynku pracy. Za jeden z głównych problemów uznali założenia, w oparciu o które działa system orzecznictwa i wsparcia finansowego. Badanym nie podoba się rozwiązanie łączące przyznanie renty z jednoczesnym nadaniem statusu osoby niezdolnej do wykonywania pracy. Chcieliby oddzielenia tych kwestii, tak aby stopień ograniczenia sprawności i związany z nim poziom świadczeń socjalnych nie był łączony z ograniczeniem możliwości zarobkowania. Przy obecnie funkcjonujących przepisach osoby niepełnosprawne trafiają albo do grupy, w której dostają pełne wsparcie i nie wolno im podpisywać umów o stosunku pracy, albo otrzymują część wsparcia i mogą dorobić do pewnego limitu. Jego przekroczenie skutkuje możliwością utraty renty.

Zdaniem badanych system ten nie zachęca osób z ograniczeniem sprawności do aktywności zawodowej. Upośledza przez to możliwości budowania kapitału finansowego i społecznego. Tych, którzy mimo wszystko chcą pracować, zmusza do podjęcia ryzyka.

Na przykład mąż miał propozycję pracy w Warszawie i żeśmy nie zaryzykowali tego. Okej, mogłoby być, że by był zdrowy, ale wiedząc, że wcześniej zdarzało mu się często chorować, to jest spore ryzyko, żeby, proszę mi wybaczyć, poświęcić tą rentę. I wziąć się za niepewną pracę. Bo może przez miesiąc będzie dochód półtora razy taki jak renta. Może dostanie, zamiast 500, 700 złotych. Ale co mi, co z tego, jeżeli później będą dwa, trzy miesiące, że po prostu nie będzie nic.

Uczestnicy debat są świadomi tego, że w systemie rynkowym nie mogą liczyć na taryfę ulgową ze strony pracodawców. W sytuacji braku renty kłopoty z wykonywaniem pracy będą oznaczać pozbawienie środków do życia.

Pracownik, który się nie pojawia, nieważne, czy jest niepełnosprawny, on nie zarabia, koniec.

Ryzyko przekroczenia dopuszczalnego limitu dochodów tworzy blokadę w swobodnym poruszaniu się po rynku pracy. Osoby z ograniczoną sprawnością niejednokrotnie decydują się pozostać przy niewysokiej rencie i wykonywać drobną pracę za wynagrodzenie, które mieści się w ustawowym limicie.

To ja już będę żyła za to 600 złotych, ewentualnie pójde gdzieś porwać trochę truskawek, gdzieś umyję komuś okno, i to wszystko.

Dyskutanci podkreślali, że ograniczenie możliwości zarobkowania pociąga za sobą szereg konsekwencji, które prowadzą do dodatkowego pogorszenia sytuacji osób z ograniczeniem sprawności. Mniej pieniędzy oznacza mniej aktywności, a co za tym idzie – wolniejszy rozwój osobisty, brak możliwości realizacji marzeń, rozwijania pasji, nawiązywania kontaktów, samorealizacji. Wszystko to prowadzi do zmniejszenia dobrostanu psychicznego i osłabienia kondycji psychofizycznej.

Znam wielu ludzi w jeszcze gorszej pułapce. Są w pułapce zasiłku, zasiłku socjalnego zwłaszcza i są w bardzo ciężkiej sytuacji psychicznej.

Jeszcze jednym efektem wadliwych zdaniem badanych rozwiązań formalno-prawnych jest uczenie bierności na rynku pracy.

Bo ta sytuacja, która jest teraz, powoduje, że osoby są właśnie wtórnie bierno. Nie pójde do pracy, no bo wolę zachować rentę, to jest ważne, są pieniądze co miesiąc.

Do wymienionych do tej pory barier w swobodnym funkcjonowaniu na rynku pracy należy doliczyć trudność w poszukiwaniu ofert pracy. Niepełnosprawni są w tym zdani na siebie. Nie tyle konieczność wykazania samodzielności jest tu problemem, ile dotarcie do ofert, które są lub mogłyby być adresowane do nich. Kłopot sprawia wyłowienie z gąszczy ofert tych, w których zarówno wa-

runki formalne, jak i społeczne byłyby odpowiednie dla osoby z danego rodzaju ograniczeniem sprawności.

Trudno mieć pracę jako niepełnosprawnemu, bo niby jest program PFRON-u i różne inne programy, ale to trzeba znaleźć firmę, która zatrudnia niepełnosprawnych i jej się to opłaca. Po drugie, nie każda firma chce mieć niepełnosprawnego, bo to są obciążenia dla firmy. Bo to jest dłuższy urlop, krótszy czas pracy i to jest obciążenie dla firmy.

Uczestnicy wywiadów mówili o niedoinformowaniu pracodawców o możliwości uzyskania ulg czy dotacji w związku z zatrudnieniem osoby z ograniczeniem sprawności.

Jest dużo udogodnień, bo Unia uprościła przepisy (...), ale nie wszyscy pracodawcy o tym wiedzą. Są duże możliwości, duże dotacje można uzyskać. Są dotacje do wyposażenia stanowiska pracy, jeśli się zatrudnia osobę niepełnosprawną. (...) tyle jest teraz pieniędzy, tylko trzeba to wiedzieć.

Wiele krytyki wysuwano pod adresem pracowników instytucji odpowiedzialnych za dostarczanie informacji o miejscach pracy.

Zapytałam się o zakłady pracy chronionej, to nawet nie umiały mi powiedzieć, czy jest w moim mieście, jak się nazywa, a tym bardziej, co można tam robić.

Nikt mnie nigdzie nie poinformował, co ja mogę w ogóle mogąc robić.

Kiedy idę do Urzędu Pracy i panie mnie rejestrują jako osobę niepełnosprawną, rencistka, to ja pytam, z jakich ja mogę skorzystać kursów, dofinansowań. Pani mówi: 'Przepraszam, pani się nie należy, pani jest rencistką'. Koniec rozmowy. A w kompetencjach pracowników i tym momencie pani mi powinna powiedzieć: 'My nie mamy pieniędzy jako Urząd Pracy, ale jest Integracja, jest POPON, jest Wrzos, proszę bardzo, tu ma pani spisik, może pani iść, to są organizacje, które pani pomogą', ale tego nikt nie powie.

Poważniejszym problemem zdaniem badanych jest jednak brak wystarczającej liczby miejsc pracy. Tak wypowiedział się o tym jeden z uczestników:

Sama chęć pracy nie wystarczy. Nie wystarczy chcieć. Bo nie ma tych ofert. Jakbym mógł, to bym od razu poszedł. Nawet jako 'murzyn' bym poszedł. Na białe czy na czarno, to mi nie robi różnicy. Tylko żeby jakoś po prostu człowiek się czuł potrzebny i żeby z tego były jakieś pieniądze, żeby było z czego żyć. A nie tak, jak ja wczoraj miałem rentę, dostałem 960 złotych, z tego dodatek pielęgnacyjny, a dzisiaj nam 7 złotych, bo popłaciłem wszystko i jeszcze części nie mam popłaconego. No to jest nieporozumienie, kurna.

W tabeli 4 znajduje się zestawienie najważniejszych problemów związanych ze swobodnym funkcjonowaniem na rynku pracy, o których mówili nasi rozmówcy.

Z przeprowadzonych wywiadów dowiedzieliśmy się, że ograniczenia sprawności pociągają za sobą ograniczenia w funkcjonowaniu na rynku pra-

cy. Nie są one prostą konsekwencją stanu zdrowia, ale pochodną pozycji ekonomiczno-społecznej, jaką wyznacza niepełnosprawnym system formalno-prawny, a także szeregu czynników psychospołecznych. Do ograniczenia w dostępie do zasobów finansowych i społecznych dokładają się procesy stereotypizacji, autostereotypizacji i stygmatyzacji. Wszystko razem prowadzi do wtórnego (po zdrowotnym), społecznego i ekonomicznego wykluczenia osób z ograniczeniem sprawności. Włączenie się w pełnowymiarowe życie społeczne wymaga od osób niepełnosprawnych dużej odwagi, determinacji i odporności na stres.

Tabela 4. Problemy osób z ograniczeniem sprawności w funkcjonowaniu na rynku pracy

PROBLEMY OSÓB Z OGRANICZENIEM SPRAWNOŚCI W FUNKCJONOWANIU NA RYNKU PRACY		
OSOBY Z OGRANICZENIEM SPRAWNOŚCI	PRACODAWCY	SYSTEM FORMALNO-PRAWNY
• ograniczenie sprawności • autostereotypizacja • niewiara we własne siły i kompetencje merytoryczne • braki w kompetencjach społecznych i kapitale społecznym • bierna postawa życiowa • wykorzystywanie systemu socjalno-rentowego, unikanie pracy • nieefektywne korzystanie lub zupełne niekorzystanie z pomocy instytucji	• stereotypizacja, stygmatyzacja osób z ograniczeniem sprawności i opór psychologiczny przed ich zatrudnianiem • brak odpowiednio przygotowanych miejsc pracy • nieznanomość przepisów o zatrudnieniu osób z ograniczoną sprawnością • brak wiedzy o możliwości skorzystania z ulg i dotacji • brak szczegółowej wiedzy o potrzebach i możliwościach osoby z ograniczeniem sprawności na danym stanowisku	• ograniczenie możliwości zarobkowania wśród osób otrzymujących rentę • pozbawienie prawa do uzyskiwania renty po przekroczeniu określonego limitu przychodów • wysoki poziom zbiurokratyzowania systemu pomocy • brak informacji o możliwościach zatrudnienia, formach pomocy i dotacjach • nieskuteczne prowadzenie programów aktywizacji zawodowej

Źródło: opracowanie własne.

2.8. Podsumowanie

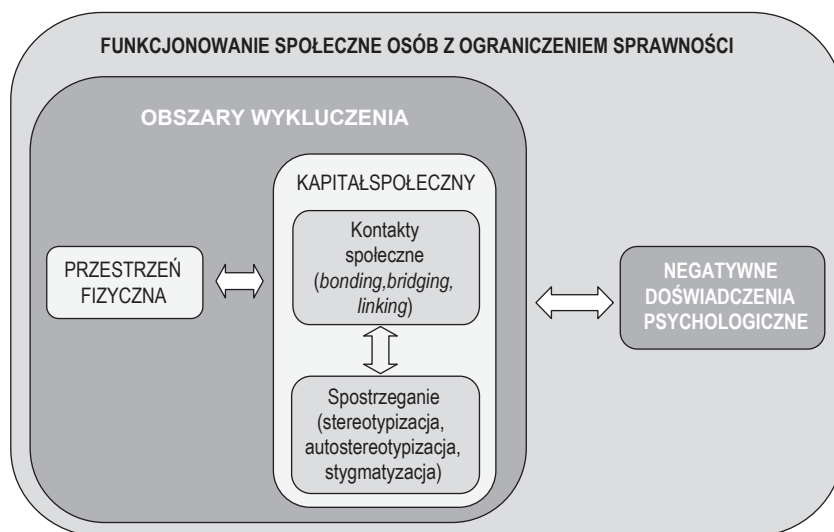
Poszczególne części tego rozdziału zawierały opis różnego typu przeszkód napotykanych przez osoby z ograniczeniem sprawności w codziennym funkcjonowaniu społecznym. Podsumowanie służy dookreśleniu wzajemnych powiązań między omówionymi zagadnieniami. Główny wątek stanowi temat wykluczenia, stale przewijający się przez wszystkie wypowiedzi badanych.

W ramach każdego z omówionych obszarów dochodzi do ograniczenia możliwości korzystania z zasobów, co jest tożsame z wykluczeniem. Problem stanowią: bariery fizyczne, trudności w korzystaniu ze wsparcia instytucji, nieprzychylny odbiór społeczny, redukcja możliwości rozwijania sieci kon-

taktów. Efektem ubocznym towarzyszącym zmaganiu się z wymienionymi ograniczeniami są negatywne stany emocjonalne, sygnalizowane w wypowiedziach uczestników. Polem, na którym jak w soczewce skupiają się wszystkie formy wykluczenia, jest rynek pracy.

Analizowane problemy były interpretowane przy zastosowaniu różnych teorii, spośród których wyróżnić należy koncepcję kapitału społecznego. Dostarczyła ona aparatu pojęciowego pozwalającego powiązać ze sobą wątek wykluczenia (pozbawienia) z metaforą posiadania (kapitał). Bariery fizyczne uznaliśmy za konsekwencję stosowania norm i sankcji przy projektowaniu i zarządzaniu przestrzenią. Kontakty z instytucjami zawierały się w więzi typu *linking*. Spostrzeganie społeczne osób z ograniczeniem sprawności interpretowaliśmy jako przejaw realizowania norm. Problemy psychologiczne (powiązane z funkcjonowaniem społecznym) odbijały się na wszystkich rodzajach więzi, szczególnie na bliskich relacjach (*bonding*). Środowisko pracy było przykładem kapitału pomostowego (*bridging*).

Na rycinie 19 zostały przedstawione zależności między najważniejszymi zagadnieniami omawianymi w tym rozdziale. W tekście poniżej opisano przejawy i konsekwencje wykluczenia w kontekście kapitału społecznego osób z ograniczeniem sprawności.



Rycina 19. Funkcjonowanie społeczne osób z ograniczoną sprawnością w perspektywie obszarów ich wykluczenia

Źródło: opracowanie własne.

Z relacji badanych wynika, że zjawisko wykluczenia leży u podstaw budowy kapitału społecznego osób z ograniczeniem sprawności. Pełniąc funkcję regulatora, oddziałuje na wszystkie wymiary i jest cechą odróżniającą od kapitału osób sprawnych.

Pierwszym z wymiarów są relacje typu *bonding* (wiązący kapitał społeczny). Z literatury, ale też z wywiadów wiemy, że pełnią one wiele ważnych funkcji (Berkman, Glass, 2000). Trudności w nawiązywaniu i podtrzymywaniu bliskich relacji okazują się szczególnie niebezpieczne w sytuacjach zagrożenia, takich jak choroba, wypadek, utrata sprawności. Wykluczenie w tej sferze skutkuje odcięciem od źródła wsparcia i spowolnieniem powrotu do aktywnego życia.

Drugim wymiarem są więzi typu *bridging* (pomostowy kapitał społeczny). Osoby z ograniczeniem sprawności szczególnie w tej sferze narażone są na redukcję sieci kontaktów. Powodów jest wiele: zazwyczaj mniejsza aktywność i mobilność niż u osób sprawnych, mniejsze szanse nawiązania do wielu grup, mniej okazji do rozwoju kompetencji społecznych i komunikacyjnych. Jeżeli sieć kontaktów społecznych wyobrazimy sobie jako układ połączonych luźno węzłów, to okaże się, że węzły utworzone przez powiązania osób z ograniczeniem sprawności są słabo skomunikowane z tymi utworzonymi przez kontakty osób sprawnych. Są też w porównaniu z nimi mniejsze i bardziej rozproszone.

Na trzeci wymiar składają się więzi typu *linking*, które obejmują kontakty z instytucjami. Najważniejsze bariery powodujące wykluczenia osób z ograniczeniem sprawności na tym polu to: brak właściwej informacji o możliwościach uzyskania pomocy i zatrudnienia, błędy, brak kompetencji ze strony urzędników, przedłużające się procedury, brak podmiotowego traktowania, nietrafne adresowanie programów wsparcia, niezachęcający do podjęcia pracy system rent. Ten ostatni najbardziej bezpośrednio przekłada się na niezaspokojenie potrzeb ekonomicznych. Zła sytuacja materialna pogarsza jakość życia i prowadzi do wykluczenia z większości sfer społecznego funkcjonowania.

Kolejnym elementem kapitału diskutowanym podczas wywiadów było postrzeganie osób z ograniczeniem sprawności. Zostało ono zidentyfikowane jako przejaw obowiązujących norm i sankcji, mający wpływ nie tylko na wizerunek, lecz także na traktowanie tej grupy. Stereotypowy obraz wyłaniający się z wypowiedzi uczestników składa się z uproszczonych przekonań (twierdzenia na poziomie poznawczym) o tożsamości, psychologii i społecznym funkcjonowaniu, mogących prowadzić do uprzedzeń lub dyskryminacji (Macrae, Stangor, Hewstone, 1999, s. 232).

Nasi rozmówcy wymieniali także przypadki osób, które przyjęły ten stereotyp, zaczęły zachowywać się zgodnie z nim, dokonując tym samym autostereotypizacji. W języku Gombrowicza można powiedzieć, że przyklejono im gębę niepełnosprawności tak skutecznie, że uznały ją za swoją. Stereotypizacja i autostereotypizacja uruchamia proces stygmatyzacji, wyrażający się w uprze-

dzeniach i dyskryminacji. Każde z tych zjawisk, a szczególnie stygmatyzacja, prowadzi z dużym prawdopodobieństwem do wykluczenia.

Stereotypowe postrzeganie osób z ograniczeniem sprawności prowadzi także do podziałów społecznych. Chcąc odciąć się od krzywdzącego wizerunku ofiary stereotypu, podejmują one rozmaite działania, na przykład wycofują się z relacji. Osoby z zewnątrz interpretują to jako zachowania niemieszczące się w normie, potwierdzające stereotyp. Pozytywne sprzężenie zwrotne między więziami społecznymi a procesami spostrzegania społecznego wzmacnia stan wykluczenia osób z ograniczoną sprawnością.

Prawdopodobnie najczęściej rozpoznawanym obszarem wykluczenia osób z ograniczeniem sprawności jest przestrzeń fizyczna. Osobie niewidomej trudno jest skorzystać z przejścia dla pieszych, wyposażonego wyłącznie w sygnalizację świetlną. Osoba poruszająca się na wózku nie jest w stanie o własnych siłach dotrzeć na piętro pozbawionego windy budynku instytucji publicznej. Ukształtowanie przestrzeni ogranicza te osoby w dostępie do miejsc, w których chciałyby, a niekiedy muszą się znaleźć. Bariery fizyczne są pochodną norm i sankcji, które regulują funkcjonowanie społeczno-kulturowe jakiejś grupy. Brak sygnalizacji głosowej na przejściu dla pieszych i brak windy w urzędzie to efekt z jednej strony polityki, a z drugiej praktyki, która nie uwzględnia potrzeb osób z ograniczeniem sprawności. Winne są plany, ale też oddolne gospodarowanie przestrzenią i niestosowanie się do zarządzeń antydyskryminacyjnych.

Kapitał społeczny, rozumiany jako więzi społeczne oraz normy i sankcje, wpływa na kształt i wykorzystanie przestrzeni. Bariery tworzone na tym polu pogłębiają wykluczenie osób z ograniczeniem sprawności z możliwości rozwijania sieci kontaktów i dostępu do różnych zasobów. Kształt więzi społecznych pozostaje przez to niezmieniony, obowiązujące normy i sankcje zostają potwierdzone, przestrzeń nadal dzieli.

Konsekwencją braku dostępu do różnych zasobów są negatywne doświadczenia psychologiczne osób z ograniczeniem sprawności. Obciążenie, któremu poddane są te osoby, wpływa na całokształt ich funkcjonowania społecznego. Negatywne stany emocjonalne, spadek poczucia własnej wartości, poczucie bezradności częściowo związane są ze złym stanem zdrowia, częściowo zaś stanowią efekt interakcji z innymi ludźmi, instytucjami i utrudnieniami w korzystaniu z przestrzeni publicznej.

Przykre doznania związane z kontaktami z otoczeniem prowadzą do wycofania, a sporadycznie – do konfrontacji. Kolejny raz dochodzi do potwierdzenia stereotypu niepełnosprawnych jako biernych i stwarzających problemy. Prowadzi to oczywiście do dalszych negatywnych doświadczeń. Uczestnicy wywiadów podkreślali, że jedynym sposobem uniknięcia tego błędnego koła jest przewyciężenie dyskomfortu i własnych słabości i nierezygnowanie osób z ograniczeniem sprawności z należnym im miejsca.

Jak już wspominaliśmy, sytuacja osób z ograniczeniem sprawności na rynku pracy wiąże się ze wszystkimi omówionymi dotychczas przejawami wy-

kluczenia. Miejsce pracy jest przestrzenią interakcji z innymi ludźmi i instytucjami, gdzie dochodzi do szeroko rozumianych transakcji społecznych i ekonomicznych (Berne, 2007). Zaangażowane są w nie procesy spostrzegania społecznego. Wszystko to dokonuje się w określonych warunkach fizycznych, składających się z barier i udogodnień dla osób z ograniczeniem sprawności.

W tym miejscu skoncentrujemy się na ekonomicznych i społecznych konsekwencjach wykluczenia z rynku pracy. Ograniczenie zasobów finansowych nie pozwala na adekwatne do potrzeb dbanie o stan zdrowia, realizację planów i rozwój osobisty. Ograniczenie kontaktów społecznych odbiera poczucie przynależności, możliwość wymiany informacji i doświadczeń życiowych. Osoby z ograniczeniem sprawności dotknięte bezrobociem nie mają szansy na podnoszenie swoich kompetencji zawodowych, budowanie pozytywnej samooceny swoich umiejętności, identyfikację z grupą zawodową. Oprócz pozbawienia tak ważnej dla rozwoju kapitału społecznego okazji do rozbudowy systemu więzi, brak stymulacji społecznej wywołany brakiem pracy wpływa na pogorszenie dobrostanu psychicznego.

Każdy z wymienionych obszarów problemowych wymaga adekwatnych form wsparcia. Poprawa funkcjonowania osób z ograniczeniem sprawności na jednym polu zaowocuje pozytywnymi zmianami w pozostałych sferach. Pomyśły, jak poprawić sytuację osób z ograniczeniem sprawności, przedstawione zostały w rozdziale 5. W tym miejscu, po omówieniu obszarów problemowych w kontekście teorii kapitału społecznego, warto jeszcze przyrzeć się zagadnieniu wykluczenia z perspektywy przywoływanej w tekście teorii konfliktu.

W teorii negocjacji wyróżnia się następujące rodzaje konfliktów: konflikt danych, interesów, wartości, relacji, strukturalny (Moore, 2009).

- Konflikt danych pojawia się, kiedy strony konfliktu nie dysponują niezbędnymi danymi, mają różne informacje lub odmiennie je interpretują.
- Konflikt interesów następuje, kiedy zablokowana zostaje realizacja potrzeb rzeczowych (pieniądze, czas, podział pracy), proceduralnych (sposobu prowadzenia rozmów), psychologicznych (poczucia własnej wartości, godności, szacunku).
- Konflikt wartości wynika z odmiennych systemów wartości, różnych światopoglądów aktorów procesu.
- Konflikt relacji to negatywny stosunek do innych osób, związany z silnymi negatywnymi emocjami.
- Konflikt strukturalny wynika z układu sytuacji i okoliczności, na przykład ograniczonych zasobów, struktury organizacji, pełnionych ról, ograniczeń czasowych.

Teoria głosi, że rozwiązanie sytuacji konfliktowej wymaga zrozumienia podstaw konfliktu, a więc rozpoznania, z jakiego typu konfliktem mamy do czynienia. Identyfikacja problemów leżących u źródła napięć ułatwia koncentrację na realizowaniu potrzeb zaangażowanych stron. Z poziomu konfliktu relacji i wartości następuje przejście na poziom interesów. Kluczowe w tym

przejściu jest wyjaśnienie struktury sytuacji i uzupełnienie brakujących danych. Bardzo często są one przyczyną rodzących agresję nieporozumień. Nie inaczej jest w przypadku społecznego funkcjonowania osób z ograniczeniem sprawności. Omawiając obszary problemowe, napotkaliśmy wszystkie rodzaje konfliktów.

Konflikt danych przejawiał się w braku dostępu lub słabym dostępie do informacji o możliwościach uzyskania pomocy i zatrudnienia, a także w słabej znajomości sytuacji i potrzeb osób z ograniczeniem sprawności przez instytucje i osoby sprawne. Skutkiem tego deficytu były trudności w uzyskaniu wsparcia, a także chybione programy interwencji i niekorzystne postrzeganie społeczne. Eliminacja konfliktu danych jest możliwa na przykład dzięki poprawie obiegu informacji i zwiększeniu obecności osób z ograniczeniem sprawności w życiu publicznym, a także dzięki odpowiedniej edukacji społeczeństwa.

Konflikt interesów przybierał zaskakująco różne formy. Dotyczył zarówno potrzeb ekonomicznych, jak i społecznych. Z jednej strony oznaczał walkę o ograniczone środki przeznaczone na pomoc, w tym dylematy wywołane przez system rentowy (chcę więcej zarobić, ale nie chcę stracić renty). Z drugiej strony manifestował się w zupełnie odmiennych potrzebach osób sprawnych i z ograniczoną sprawnością, jeśli chodzi o wyróżnianie tych drugich (chcę wtopienia się a potrzeba redukcji dysonansu poznawczego). Każdy z wymienionych konfliktów budził żywe emocje. Znalezienie rozwiązania wymagałoby rozmów i współdziałania, które umożliwiłyby dogłębne zrozumienie potrzeb każdej ze stron. Mogłoby się wtedy okazać, jak wiele interesów jest wspólnych i jak wiele z nich da się ze sobą pogodzić.

Konflikt wartości, najslabiej reprezentowany, w wywiadach ujawniał się jako różnica priorytetów życiowych wśród osób z ograniczeniem sprawności i sprawnych. Dawał o sobie znać przy okazji kontaktów o charakterze urzędowym, ale także jako pożywka dla dyskryminacji i uprzedzeń. Umożliwiające empatię zrozumienie specyfiki sytuacji osób z ograniczeniem sprawności wy-daje się w tym przypadku najlepszym sposobem na złagodzenie napięć.

Konflikt relacji dał o sobie znać przy okazji omawiania nieudanych prób udzielenia wsparcia, a także kontaktów osób z ograniczeniem sprawności z urzędnikami. Ten rodzaj konfliktu pojawia się również w indywidualnych interakcjach, kiedy dochodzi do dyskryminacji, na przykład w miejscu pracy. Chociaż ten rodzaj konfliktu ma najczęściej charakter indywidualny, stosunek badanych do organizacji takich jak PFRON świadczy o przeniesieniu konfliktu na poziom wspólnoty. Mieliśmy do czynienia z wyraźnym podziałem na dwa obozy: „my” – niepełnosprawni, i „oni” – sprawni i urzędnicy. Konflikt ten wyrządza wiele szkody, ponieważ blokuje dialog. Z drugiej strony jest źródłem mobilizacji, która przełożona na konstruktywne formy zabiegania o własne interesy, może znacząco poprawić sytuację wszystkich zainteresowanych.

Konflikt struktury, często niewidoczny i niedoceniany w przypadku problemów osób z ograniczeniem sprawności, ma szczególnie duże znaczenie. Pod tę kategorię konfliktu podpadają wzbudzające kontrowersje rozwiązania prawne (system rentowy), różnice społeczne (osoby sprawne – osoby z ograniczoną sprawnością), odmienność ról (urzędnik – petent), a także mechanizmy społeczne i psychologiczne odpowiadające na przykład za powstawanie stereotypów. Przykładem konfliktu o charakterze strukturalnym są też bariery architektoniczne. Złagodzenie konfliktu na poziomie strukturalnym ma podstawowe znaczenie dla poprawy sytuacji osób z ograniczeniem sprawności. Zadanie to wymaga podjęcia działań adekwatnych do skali zjawiska, a więc systemowych, na takich polach, jak polityka socjalna, edukacja, służba zdrowia, zarządzanie przestrzenią publiczną. Motorem zmiany, ale także jej celem, jest zmiana struktury myślenia na takie, które zapewni rozumienie i uwzględnianie sytuacji i potrzeb osób z ograniczeniem sprawności.

Opis typów konfliktu daje wgląd w złożoną problematykę ograniczenia sprawności. Podczas wywiadów zetknęliśmy się z konfliktem na dwóch poziomach szczegółowości: mikro i makro. Pierwszy opisywały relacje badanych na temat pojedynczych interakcji i napięć pomiędzy grupami. Drugi, obejmujący przede wszystkim konflikt na poziomie strukturalnym, wykrystalizował się po zsumowaniu wszystkich wypowiedzi. Dla rozwiązania zarówno tych partykularnych, jak i uniwersalnych konfliktów potrzebne jest zrozumienie. Może ono doprowadzić do tego, że poszukiwanie winnych uda się zastąpić pracą na rzecz pozytywnego wykorzystania siły mechanizmów społecznych.

Zarówno koncepcja kapitału społecznego, jak i teoria konfliktów dostarcza języka pozwalającego nazwać i uporządkować problemy osób z ograniczeniem sprawności. Oba systemy pojęciowe wyjaśniają także obserwowane zjawiska, wpisując je w kontekst szerszych procesów, takich jak budowa kapitału i mechanizm konfliktu. Temu, jak budować wzajemne zrozumienie, pozwalające uniknąć wykluczania osób z ograniczeniem sprawności, poświęcone będą kolejne rozdziały.

Rozdział 3

Komunikacja społeczna osób z ograniczeniem sprawności

Zdolność rozumienia jest podstawową dyspozycją człowieka, która realizuje się w jego współżyciu z innymi, a w szczególności dokonuje się na drodze języka oraz rozmowy.

(Gadamer, 2003, s. 99)

3.1. Wprowadzenie

O podstawowym znaczeniu komunikacji dla codziennego funkcjonowania, a także – w ujęciu całościowym – o jej znaczeniu dla budowy kapitału społecznego jednostki wielokrotnie była już mowa. Komunikacja pośredniczy w kontakcie z otoczeniem, umożliwiając zaspokojenie wszelkiego rodzaju potrzeb, tych związanych z codziennym funkcjonowaniem i tych rozwojowych. W tym rozdziale skoncentrujemy się na praktycznym wymiarze komunikacji społecznej osób z ograniczeniem sprawności, obserwowanym w trakcie wywiadów grupowych. Omówione zostanie wykorzystanie poszczególnych funkcji komunikacyjnych i rola rozgrzewki przeprowadzonej w niektórych grupach przed rozpoczęciem dyskusji (fokusu).

W poprzednim rozdziale rozważane były treści autodiagnozy sytuacji życiowej i zawodowej osób z ograniczeniem sprawności, które na poziomie merytorycznym odnosiły się do poszczególnych sfer ich funkcjonowania społecznego. Obecnie będziemy mieli okazję przyjrzeć się wypowiedziom badanych od strony formalnej. Tym samym z poziomu merytorycznego przechodzimy do metaanalizy, która dotyczy nie tyle tego, co badani mówią, ile tego, jak mówią. Zagadnieniami, które od początku budziły nasze największe zainteresowanie, są aktywność i jakość wypowiedzi poszczególnych uczestników. Te dwa parametry wydały nam się podstawowe dla tego, by głosy naszych rozmówców, a szerzej – problemy osób z ograniczeniem sprawności, zostały usłyszane i zrozumiane w świecie. Zaaranżowana przez badaczy sytuacja wywiadu była świetną okazją do sformułowania komunikatu, który w dłuższej perspektywie mógłby trafić do świadomości szerokiej rzeszy odbiorców.

Była to zarazem sytuacja bliska naturalnej, ponieważ każdemu, czy to w trakcie zebrania w pracy, czy podczas spotkań rodzinnych, zdarza się usiąść za stołem i podyskutować. W naszym przypadku ogólny temat rozmowy i osoba pełniąca funkcję gospodarza były z góry określone. Zazwyczaj tak też jest

w czasie odpraw z pracownikami albo w gronie rodzinnym, gdzie są szef lub głowa rodziny i pewna pula tematów do omówienia. Można więc przypuszczać, że zachowanie uczestników debat miało sporo wspólnego z ich codzienną praktyką, a na pewno mogło się do niej odwoływać.

Specyficzne dla przeprowadzonych wywiadów były obecność nowych, zazwyczaj zupełnie nieznanych rozmówców, wypełnianie kwestionariusza, prośba o przestrzeganie pewnych zasad, obecność kamery. Udział w debacie nie był zatem wydarzeniem zupełnie nieznanym, ale zawierał szereg elementów wymagających od uczestników wysiłku i nauki, mógł być więc postrzegany jako wyzwanie. To, jak badani radzili sobie w tej sytuacji, na ile udało im się zrealizować postawiony przed nimi cel, jakim było dokonanie autodiagnozy, może być predyktorem ich funkcjonowania w rzeczywistości społecznej, w tym zawodowej. Częstotliwość i jakość wymienianych komunikatów były pochodną, ale też potencjalnym źródłem ich kapitału społecznego. Dla osób z ograniczeniem sprawności możliwość dysponowania narzędziami komunikacji i umiejętność posługiwania się nimi stwarzają szansę budowania własnego wizerunku niezależnie od krzywdzących społecznych stereotypów.

Badanie nie służyło przeprowadzeniu diagnozy indywidualnej, ale sporządzeniu charakterystyki grupy. O ile jedna osoba badana mogła odzywać się rzadziej z powodu na przykład bolącego zęba albo z uwagi na procesy zachodzące w grupie, o tyle wynik pokazujący na przykład, że wszyscy przedstawiciele jednej płci odzywali się częściej niż drugiej, daje do myślenia. Przeprowadzone analizy statystyczne miały ujawnić podobieństwa i różnice między grupami badanych utworzonymi na podstawie kryteriów takich, jak: stopień ograniczenia sprawności, rodzaj grupy ze względu na sprawność, czas nabycia niepełnosprawności, wiek, płeć, rodzaj grupy ze względu na płeć, poziom wykształcenia, status zawodowy.

Wskaźnik produktywności, zwany też aktywnością, obliczany był na podstawie całkowitej liczby wypowiedzi danej osoby z uwzględnieniem różnic w liczebności grup (Iwański, 2009c). Został on wyrażony przez stosunek liczby wypowiedzi uczestnika do średniej liczby wypowiedzi w danym wywiadzie. Algorytm ten prezentuje się następująco:

wskaźnik aktywności uczestnika wywiadu

= liczba wypowiedzi uczestnika / (liczba rozmówców / suma wszystkich wypowiedzi)

Jakość debaty szacowana była na podstawie stosowania przez badanych tak zwanej metakomunikacji. Wszystkie wypowiedzi dyskutantów zostały przejrane, by policzyć występowanie zachowań istotnych nie ze względu na merytoryczny wkład w rozmowę, lecz na budowanie wzajemnego zrozumienia. Odpowiadały one normom dobrej dyskusji wprowadzonym przez moderatora (Reykowski, 2007). Uczestnicy proszeni byli o dążenie do zrozumienia problemu, znalezienia sprawiedliwych rozwiązań (projekt systemu wsparcia),

okazywanie szacunku rozmówcom, uważne słuchanie, zrozumiałe argumentowanie, próbę zrozumienia, co dzieli, a co łączy. Zasadom przyporządkowane zostały następujące przejawy metakomunikacji: nawiązania do myśli przedmówcy, parafrazowanie wypowiedzi, przytakiwanie, uzupełnianie wypowiedzi, wczuwanie się, prośby o uszczegółowienie, podawanie przykładów, wyrażanie opinii w swoim imieniu, poszukiwanie potwierdzenia, zwroty grzecznościowe, zwroty do rozmówcy. Szczegóły przyporządkowania zaprezentowano w tabeli 5.

Tabela 5. Wskaźniki norm dyskusji

Norma	Zachowanie
Uważne słuchanie	• nawiązania do myśli przedmówcy • parafrazowanie wypowiedzi • przytakiwanie • uzupełnianie wypowiedzi
Dążenie do zrozumienia	• wczuwanie się • prośby o uszczegółowienie • zwroty do rozmówcy
Zrozumiałe argumentowanie	• podawanie przykładów • wyrażanie opinii w swoim imieniu • poszukiwanie potwierdzenia
Okazywanie szacunku	• zwroty grzecznościowe

Źródło: opracowanie własne.

3.2. Wykorzystanie funkcji komunikacyjnych

Na produktywność i jakość debaty, podobnie jak na treść wywiadów, można patrzeć przez pryzmat zaprezentowanego w rozdziale 1 modelu komunikacji według Romana Jakobsona (1989). Wskaźniki przypisane przez nas poszczególnym funkcjom różnią się co do formy od tych, które wymieniał sam autor. Zajmował się on analizą tekstów, pokazując, jak ich różnorodność wiąże się z odmienną hierarchią występujących w nich funkcji. Przykładowo, funkcja emotywna (ekspresyjna) reprezentowana była przez wykrzyknienia. Nasza analiza zapożycza system pojęciowy, a za tekst obiera całość debaty. W związku z tym miejsce wykrzyknień w przypadku funkcji ekspresyjnej zajmuje zabranie głosu przez uczestnika debaty. Chcąc zbadać siłę ekspresji danego uczestnika, sprawdzamy, jak często zabierał głos w dyskusji. Funkcję referencyjną pełnią omawiane w rozdziałach 2 i 5 postulaty autodiagnozy. W ramach śledzenia realizacji funkcji poetyckiej cały tekst debat poddany został analizie lingwistycznej. Funkcje fatyczna, metajęzykowa i perswazyjna odzwierciedlały jakość debaty (tab. 6).

Tabela 6. Adaptacja modelu R. Jakobsona

Funkcja	Adaptacja	Wskaźniki
Emotywna: autoekspresja	produktywność	• wskaźnik aktywności
Referencyjna: sens, sedno przekazu	treść autodiagnozy	• zdiagnozowane problemy i pomysły rozwiązań
Poetycka: dobór słów i środków	analiza lingwistyczna	• kompetencje językowe • zubożenie mowy • syntaktyka, semantyka, pragmatyka • wymiar afektywny
Fatyczna: podtrzymanie kontaktu		• przytakiwanie • poszukiwanie potwierdzenia • zwroty grzecznościowe
Metajęzykowa: uzgodnienie znaczeń	jakość debaty (uważne słuchanie, dążenie do zrozumienia, zrozumiałe argumentowanie, okazywanie szacunku)	• prośby o uszczegółowienie • parafrazowanie • wczuwanie się • uzupełnianie wypowiedzi
Perswazyjna: wpływ na odbiorcę		• zwroty do rozmówcy • nawiązania do myśli przedmówcy • wyrażanie opinii w swoim imieniu • podawanie przykładów

Źródło: opracowanie własne.

Celem badań komunikacji społecznej była możliwie szeroka eksploracja tego obszaru, który ma podstawowe znaczenie dla budowy kapitału społecznego i zaspokojenia potrzeby rozumienia. Tabela 6 ilustruje wielowątkowość i całościowy charakter przeprowadzonych analiz. Po wstępnej systematyzacji przejdziemy teraz do prezentacji wyników. Wykorzystanie funkcji zostanie przedstawione w formie charakterystyk przebadanych grup, tworzonych ze względu na określone kryteria.

3.2.1. Ograniczenie sprawności a komunikacja społeczna osób z ograniczeniem sprawności

Pomiędzy żadną z trzech badanych grup: osobami ze znacznym i lekkim ograniczeniem sprawności oraz osobami pełnosprawnymi, nie zaobserwowano różnic, jeśli chodzi o częstotliwość zabierania głosu.

Pojawiły się natomiast różnice, jeśli chodzi o treść wywiadu: osoby ze znacznym ograniczeniem sprawności więcej uwagi poświęciły kwestiom problemowym, w szczególności barierom architektonicznym i biurokratycznym, chętnie mówiły o możliwych rozwiązaniach tych problemów, a także o sytuacji na rynku pracy. Osoby z lekkim ograniczeniem sprawności częściej mówiły o odbiorze społecznym, systemie wsparcia instytucjonalnego i psychologicznego. Można zauważyć, że o osoby z lekkim ograniczeniem sprawności chętniej poruszały wątki związane z interakcją społeczną, a osoby ze znacznym ograniczeniem sprawności – z interakcją ze środowiskiem.

Bardzo wielu informacji dostarczyła korpusowa analiza wypowiedzi osób z ograniczeniem sprawności (Szwabe, 2010). Na podstawie drobiazgowych badań nad użyciem języka udało się ustalić, że pomiędzy osobami z ograniczeniem sprawności a osobami sprawnymi nie ma różnic w zakresie kompetencji językowych (semantyka, syntaktyka, bogactwo słownictwa, struktur gramatycznych, pragmatyka), co oznacza, że obie grupy dysponują podobnym arsenalem środków. Pojawiają się natomiast różnice w sposobie wykorzystania zasobów językowych, czyli w profilu komunikacyjnym.

Osoby z ograniczeniem sprawności nadużywają form niestandardowych (odbiegających od akceptowanej normy): neologizmów i regionalizmów, mają mniejszy zasób słownictwa, choć brak symptomów mowy ubogiej (czyli obniżenia zróżnicowania słownictwa i struktur gramatycznych). Ponadto można mówić o stylu komunikacji, który charakteryzuje skłonność do częstego stosowania formy biernej, równoważników zdań oraz języka figuratywnego (nie-dookreślenie). Świadczy to o przyjęciu perspektywy biernego widza. I co bardzo ważne:

Te same pola semantyczne, na przykład przeszkód i problemów, są skojarzone u osób z ograniczeniem sprawności z wątkiem otrzymywania pomocy, a u sprawnych z aktywnym rozwiązywaniem problemów (Szwabe, 2010, s. 64).

W wyniku badań nie stwierdzono jednak efektu negatywizacji języka w postaci nadużywania pejoratywnego słownictwa lub komunikatów o takim wydźwięku.

Analiza korpusowa dostarczyła także danych na temat jakości debaty. Okazało się, że osoby z ograniczeniem sprawności częściej wchodziły rozmówcy w słowo, częściej zdarzało im się mówić niezrozumiale, niewyraźnie lub zbyt cicho. Z analizy metakomunikacji wynika też, że osobom tym rzadziej zdarzało się wyrażać opinię we własnym imieniu. Celowały w tym osoby sprawne, po nich plasowały się te z lekkim ograniczeniem sprawności, a na końcu osoby ze znacznym ograniczeniem sprawności. Osoby sprawne częściej korzystały też z parafraz.

Spośród wszystkich przytoczonych informacji najistotniejsze wydają się:

- brak różnic w poziomach aktywności i kompetencji językowej między badanymi grupami,
- różnice w komunikacji społecznej w zależności od stopnia ograniczenia sprawności,
- bierny styl komunikacyjny osób z ograniczeniem sprawności,
- niższa jakość komunikacji osób z ograniczeniami sprawności (błędy językowe, udział w dyskusji).

Wyniki te ilustrują ustalenia poprzedniego rozdziału. Pokazują, jak doświadczanie życiowe i ograniczenie kontaktów społecznych przyczyniają się do blokady potencjału osób z ograniczeniem sprawności. Efektem izolacji i zmniejszenia aktywności jest spadek kompetencji komunikacyjnych.

3.2.2. Różnice w komunikacji społecznej spowodowane momentem pojawienia się ograniczenia sprawności

Okazało się, że moment nabycia ograniczenia sprawności ma wieloraki wpływ na uczestnictwo w debacie. Badania pokazały, że im później uczestnicy nabyli ograniczenie sprawności, tym bardziej byli aktywni podczas wywiadów.

Bardzo wczesne nabycie niepełnosprawności (do drugiego roku życia) wiązało się ze zdecydowanie częstszym używaniem metafor orientacyjnych¹. Nieco późniejsze pojawienie się ograniczenia sprawności (w wieku trzech–sześciu lat) skutkowało nadużywaniem form niestandardowych.

Jeśli chodzi o jakość debaty, to zaobserwowano identyczną prawidłowość jak w przypadku aktywności. Im wcześniej dany uczestnik nabył ograniczenie sprawności, tym rzadziej korzystał z parafrazy, zadawał pytania, przytakiwał, zwracał się do rozmówcy, uzupełniał czyjeś wypowiedzi. Obserwowany deficyt należy kojarzyć z normami uważnego słuchania i dążenia do zrozumienia, a także z funkcjami fatyczną, metajęzykową i perswazyjną. Możemy zatem generalnie mówić o wycofaniu z rozmowy i osłabieniu kontaktu z pozostałymi uczestnikami dyskusji.

3.2.3. Różnice w komunikacji społecznej spowodowane wiekiem

Wskaźnik aktywność przyjmował wartości wprost proporcjonalne do wieku badanych. Osoby młodsze były mniej aktywne niż starsze. Osoby starsze popełniały także mniej błędów językowych, częściej korzystały z parafraz, uzupełniały wypowiedzi rozmówców i przytakiwały. Wynik ten można tłumaczyć bogactwem życiowych doświadczeń i autorytetem wieku.

3.2.4. Różnice w komunikacji społecznej spowodowane płcią

Na wymiarze aktywności nie odnotowano różnic pomiędzy przedstawicielami obu płci. Kobiety częściej zdarzało się popełniać błędy językowe. Nie przeszkodziło im to jednak zdeklasować mężczyzn na wymiarze jakości prowadzenia dyskusji. Kobiety częściej stosowały parafrazy, wyrażały opinię w swoim imieniu, podawały więcej przykładów, używały zwrotów grzecznościowych, przytakiwały, uzupełniały wypowiedzi współrozmówców. Można powiedzieć, że były bardziej nastawione na dynamiczną interakcję (uwagę słuchanie, rozumiałe argumentowanie, okazywanie szacunku) niż mężczyźni, którzy nie ustępowali im jedynie w dążeniu do zrozumienia (brak różnic).

¹ Skojarzenia z przestrzenią, przykładowo: dobro to góra (uszy do góry), zło to dół (spuścił głowę).

3.2.5. Różnice w komunikacji społecznej spowodowane wykształceniem

Poziom wykształcenia badanych wiązał się z unikaniem błędów językowych (lepiej wykształceni popełniali ich mniej), a także z wieloma aspektami jakości debaty. Wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia rosła liczba zwrotów do rozmówcy, liczba nawiązań, częstotliwość wyrażania opinii we własnym imieniu i poszukiwania potwierdzenia. Wynik ten wskazuje na to, że edukacja stwarza okazję do rozwoju kompetencji komunikacyjnych.

3.2.6. Znaczenie kariery zawodowej dla komunikacji społecznej

Osoby, które nigdy nie pracowały i nie zamierzają pracować, były mniej aktywne w czasie wywiadów od tych, które kiedyś pracowały, a obecnie są bierne. Ta ostatnia grupa wyróżniała się na tle pozostałych (tych, którzy nie pracowali i nie poszukują pracy, pracują, szukają pierwszej pracy, szukają kolejnej pracy) pod względem korzystania z parafraz i przytakiwania. Wynik ten należy wiązać z wiekiem i doświadczeniem badanych. Grupę tą tworzą głównie osoby po czterdziestce i po pięćdziesiątce. Wysokie kompetencje komunikacyjne tej grupy są potencjałem, który warto uwzględnić, realizując projekty nastawione na aktywizację i integrację osób z ograniczeniem sprawności.

3.2.7. Efekt doboru grupy według kryterium sprawności

Dobór grupy pod kątem sprawności uczestników miał, jak się okazało, istotny wpływ na jakość debaty. W grupach złożonych zarówno z osób z ograniczeniem sprawności, jak i sprawnych częściej pojawiały się bezpośrednie zwroty do rozmówcy. Z kolei w grupach złożonych wyłącznie z osób z ograniczeniem sprawności częściej mieliśmy do czynienia z podawaniem przykładów i poszukiwaniem potwierdzenia. Można na tej podstawie przypuszczać, że w grupach heterogenicznych ze względu na poziom sprawności nieco większy akcent kładziono na kontakt i zrozumienie z partnerem, a w grupach homogenicznych nacisk położony był na autoekspresję i uzyskanie zrozumienia.

3.2.8. Efekt doboru grupy ze względu na płeć

Grupy składające się wyłącznie z mężczyzn zdecydowanie częściej rozmawiały o barierach architektonicznych i biurokratycznych oraz o pomysłach na ich likwidację. Grupy złożone z kobiet chętniej rozmawiały o odbiorze społecznym osób z ograniczeniem sprawności i o wsparciu psychologicznym.

Wynik ten przypomina charakterystykę grup dobranych pod względem stopnia ograniczenia sprawności. Jest to związane ze skrzywieniem próby (przewaga liczebna mężczyzn ze znacznym ograniczeniem sprawności nad

kobietami ze znacznym ograniczeniem sprawności i mężczyznami z lekkim ograniczeniem sprawności).

Pod względem jakości debaty w grupach złożonych wyłącznie z mężczyzn dużo rzadziej obserwowaliśmy przytakiwanie.

3.2.9. *Komunikacja społeczna w świetle przeprowadzonych analiz: podsumowanie*

Czynniki kształtujące kompetencje komunikacyjne zaprezentowano w tabeli 7. Zostały one wyodrębnione na drodze porównań między grupami. W toku analiz pojawiły się także istotne z punktu widzenia diagnozy możliwości komunikacyjnych badanych osób braki różnic. Obejmują one sferę kompetencji językowych. Przebadane osoby dysponowały podobnymi możliwościami w dziedzinie tworzenia i odbierania komunikatów. Nie odnotowano żadnych różnic w poziomie aktywności osób sprawnych i z ograniczeniem sprawności. Nie wystąpiło również zjawisko negatywizacji ani zubożenia mowy. Wynik ten pozwala z optymizmem myśleć o szansach budowania zrozumienia pomiędzy osobami z ograniczeniem sprawności a osobami sprawnymi.

Tabela 7. Podsumowanie analiz dotyczących wykorzystania funkcji komunikacyjnych

Czynnik	Komunikacja społeczna
1. stopień ograniczenia sprawności	• im znaczniejszy stopień ograniczenia sprawności, tym niższy poziom kompetencji komunikacyjnych
2. moment pojawienia się ograniczenia sprawności	• im wcześniejszy moment pojawienia się ograniczenia sprawności, tym niższy poziom kompetencji komunikacyjnych
3. wiek osób badanych	• osoby starsze przejawiają wyższe kompetencje komunikacyjne
4. płeć osób badanych	• kobiety przejawiają wyższe kompetencje komunikacyjne
5. wykształcenie osób badanych	• dłuższa edukacja sprzyja rozwinięciu kompetencji komunikacyjnych
6. aktywność zawodowa badanych	• doświadczenie zawodowe sprzyja rozwinięciu kompetencji komunikacyjnych
7. dobór grupy ze względu na stopień sprawności	• w grupach heterogenicznych obserwowano wzmożony kontakt i silniejsze dążenie do zrozumienia współrozmówców
8. dobór grupy ze względu na płeć	• w grupach heterogenicznych obserwowano wzmożony kontakt i silniejsze dążenie do zrozumienia współrozmówców

Źródło: opracowanie własne.

Zaprezentowane w tym rozdziale wyniki potwierdzają rolę wtórnych wobec ograniczenia sprawności barier, z jakimi mają do czynienia osoby niepełnosprawne. Uzyskane informacje uzupełniają dotychczasową wiedzę o sytuacji

osób z ograniczeniem sprawności. Dowiadujemy się o istotnym czynniku, który dodatkowo utrudnia rozwój więzi społecznych, a mianowicie o pogorszeniu kompetencji komunikacyjnych. Dane z tego rozdziału wskazują na konkretne luki w kompetencjach komunikacyjnych (słownictwo, artykulacja, aktywność, kontakt). Wyraźnie widać, kto powinien być adresatem projektów interwencji (osoby o znacznym ograniczeniu sprawności oraz te, które wcześniej nabyły ograniczenie sprawności), jakie działania mogą być pomocne (edukacja, kariera zawodowa) i kto może służyć za wzór i autorytet (osoby starsze, doświadczone, z lekkim ograniczeniem sprawności, te, które później nabyły ograniczenie sprawności, kobiety, osoby sprawne). Okazało się, że heterogeniczność grup działa stymulująco na kontakt i dążenie do zrozumienia. Zgodnie z przewidywaniami kompetencje komunikacyjne wzrastały wraz z wiekiem.

3.3. Rola rozgrzewki komunikacyjnej

Rozgrzewka komunikacyjna była rodzajem eksperymentalnej miniinterwencji włączonej w plan wywiadu. Celem tego zabiegu było znalezienie narzędzia wspomagającego pracę grupy, zgodnie z zaleceniami z literatury dotyczącej przedmiotu badań i analiz (Zarczuk, 2007).

Ze względu na ograniczony czas trwania całego wywiadu na rozgrzewkę mogliśmy przeznaczyć około 10–15 minut. Ograniczyliśmy się w związku z tym do dwóch ćwiczeń: treningu skojarzeń i parafrazy. Wraz z zespołem realizującym badanie uznaliśmy, że te właśnie zadania mają szansę pobudzić naszych uczestników i ukierunkować ich w stronę merytorycznej rozmowy.

Trening skojarzeń miał za zadanie pobudzić wyobraźnię i zaktywizować badanych. Moderator podawał hasło, na przykład „duże i pomarańczowe”, a uczestnicy po kolei w szybkim tempie wymieniali swoje pomysły („piłka do koszykówki, słońce” itd.). Moderator również podawał swoje skojarzenia. Po dwóch-trzech rundach (różna liczba uczestników w grupach) następowała zamiana hasła na nowe. Procedura została powtórzona dla trzech haseł.

Drugie ćwiczenie przebiegło w parach. Najpierw każdy wymyślał swoje argumenty za lub przeciw kwestii: „Dzieci już od najmłodszych lat powinny mieć dostęp do komputera”. Następnie przedstawiał partnerowi swój punkt widzenia. Zadaniem partnera było sparafrazować mówiącego, czyli własnymi słowami powtórzyć to, co zrozumiał z wypowiedzi. Mówiący precyzował swój komunikat, jeśli to było konieczne, lub zgadzał się z parafrazą. Potem następowała zamiana ról w parze. Do wyboru parafrazy na przedmiot ćwiczeń zachęcały dane pokazujące jej dobroczynny wpływ na jakość komunikacji (McKay, 2002), a także prosta, schematyczna budowa („Jeśli cię dobrze rozumiem...”), pozwalająca żywić nadzieję, że nawet krótkie ćwiczenie umożliwi jej wykorzystanie. Tak się zresztą stało.

Aby móc ocenić jej ewentualny efekt, rozgrzewkę przeprowadzono tylko w części grup. Po dokonaniu porównań okazało się, że grupy z rozgrzewką

faktycznie częściej korzystały z parafrazy. Wpływ rozgrzewki na jakość debaty nie był jednak jednoznaczny. W grupach z rozgrzewką odnotowano bowiem niższą częstotliwość wczuwania się („Na jej miejscu...”) i uzupełniania cudzych wypowiedzi. Można to tłumaczyć siłą parafrazy, która każe słuchać i sprawdzać zrozumienie, a nie snuć pochopne i często fałszywe domysły. Wynik ten domaga się dalszych badań. Być może głównym walorem przeprowadzonego minitreningu był jego integrujący charakter? Będzie o tym mowa w rozdziale 4.

3.4. Podsumowanie

Słowem-kluczem do rozumienia charakteru komunikacji społecznej osób z ograniczeniem sprawności jest bierność. Na skutek społecznego wycofania (izolacji, wykluczenia) u osób z ograniczeniem sprawności może rozwinąć się bierny styl komunikacyjny. Jest on rozpoznawalny na poziomie formalnym języka i w postawie życiowej, która polega na ustawianiu się w roli przedmiotu, a nie podmiotu programów wsparcia (Szwabe, 2010). Są nim zagrożone szczególnie te osoby, które wcześniej nabyły niepełnosprawność i mają znaczne ograniczenie sprawności. Aktywność, przede wszystkim w dziedzinie kontaktów społecznych, jest jedynym sposobem na przełamanie niekorzystnych tendencji i wykorzystanie przez nich potencjału, który jest taki sam jak u osób sprawnych.

Dodatkową przeszkodą w tworzeniu pozytywnych interakcji i przełamaniu społecznej izolacji jest niższa jakość komunikacji osób z ograniczeniem sprawności (błędy językowe, wchodzenie w słowo itd.). Warto podkreślić, że jest to pole podatne na zmiany, co pokazała nauka parafrazy w ramach rozgrzewki komunikacyjnej. Czynnikiem sprzyjającym rozwojowi kompetencji komunikacyjnych są edukacja i aktywność zawodowa. Osoby z lżejszym stopniem ograniczenia sprawności, te, które później nabyły ograniczenie sprawności, doświadczone życiowo (starsze) i zawodowo pozytywnie wyróżniają się na tle pozostałych. Ich styl komunikacyjny cechują: wysoka jakość komunikacji, koncentracja na partnerze interakcji oraz zaangażowanie w temat, co pokazuje wysoki wskaźnik aktywności w trakcie wywiadu (produktywność). Powyższa charakterystyka predestynuje niejako te osoby do pełnienia ważnej funkcji w procesie integracji osób z ograniczeniem sprawności z resztą społeczeństwa. Potencjał i doświadczenie tych osób powinny być brane pod uwagę podczas tworzenia i realizowania projektów wsparcia.

Do realizacji potrzeby zrozumienia (siebie i innych) oraz bycia rozumianym niezbędny jest rozwój kompetencji komunikacyjnych. Może on się dokonać tylko dzięki rozwojowi systemu więzi społecznych (relacje bliskie, pomocowe, strukturalne) i ćwiczeniu umiejętności komunikacyjnych. Odcięcie od kontaktów społecznych może spowodować powstanie nowego, zniekształconego systemu odniesień i mylnego rozpoznawania swojej roli. Może na przy-

kład doprowadzić do wyrobienia nawyku bierności u osób, które dla dobrego funkcjonowania powinny być jak najbardziej aktywne. Mylne wyobrażenia skutkują zachowaniami nie mieszczącymi się w normie, co z kolei prowadzi do powstawania stereotypów i uprzedzeń. Dla osoby nieświadomie ulegającej tym procesom rozdzźwięk między obrazem siebie a informacją płynącą z otoczenia może być źródłem nieprzyjemnych uczuć.

Rozdział 4

Współpraca w grupie

Idealny kraj jest mały, lud jego nieliczny, narzędzi jest tam pod dostatkiem, stokroć ponad potrzebę.

(Lao Tsy, 2001, s. 86)

4.1. Wprowadzenie

W rozdziale 1 sporo pisaliśmy o znaczeniu funkcjonowania w grupie w życiu każdego człowieka. Szczególną uwagę poświęciliśmy specyficie sytuacji osób z ograniczeniem sprawności. Mowa była o korzyściach psychologicznych, fizycznych, ekonomicznych i zawodowych, jakie płyną z intensywnych, pozytywnych i dobrych jakościowo więzi społecznych. Podkreślaliśmy również, że działanie w grupie jest specyficzną okazją do nabywania i ćwiczenia swoich kompetencji komunikacyjnych, które mają podstawowe znaczenie dla budowania zróżnicowanego kapitału społecznego i umożliwiają pełnowartościowe uczestnictwo w życiu społecznym. Skoro uczeni i badacze przypisują tak wielką rolę funkcjonowaniu w grupie, postanowiliśmy sprawdzić, w jaki sposób udział w rozmowie prowadzonej w grupie wpływa na dobrostan psychiczny osób badanych. Aby dowiedzieć się, jakie warunki są optymalne dla ujawniania się kompetencji komunikacyjnych, grupy zostały odpowiednio zróżnicowane, o czym mowa była już we wstępie.

Poziom dobrostanu psychicznego badaliśmy, śledząc zmianę nastroju i samooceny uczestników wywiadów. Było to możliwe dzięki zastosowaniu odpowiednich kwestionariuszy tuż przed debatą i tuż po jej zakończeniu. W ten sposób precyzyjnie mogliśmy oszacować wpływ świeżo odbytej rozmowy. Ponadto pytaliśmy wprost o ocenę wywiadu. Specjalnie na potrzeby badania przygotowany został arkusz ewaluacyjny, który umożliwiał zebranie informacji zwrotnej na temat poszczególnych elementów fokusu. Oba narzędzia dostarczyły nam informacji z poziomu meta. Dotyczyły one nie tyle treści rozmów i problemów osób z ograniczeniem sprawności, ile wrażeń z przebiegu wywiadów i wpływu na samopoczucie uczestników (Iwański, 2009b).

Dalsze części rozdziału służą prezentacji wyników otrzymanych dzięki użyciu wspomnianych narzędzi. Najpierw omówiony zostanie wpływ wywiadów na dobrostan psychiczny badanych, a następnie ewaluacja debat. Obie części zostaną podsumowane na końcu rozdziału.

4.2. Wpływ rozmów w grupie na dobrostan psychiczny

Śledząc wpływ rozmów grupowych na dobrostan uczestników, chcieliśmy poznać skutki aktywizacji kompetencji komunikacyjnych osób badanych i efekty odwoływania się przez nie do swojego kapitału społecznego. Tego bowiem wymagało zadanie autodiagnozy.

Do pomiaru nastroju przed debatą i po niej służyła *Przymiotnikowa Skala Nastroju* (UMACL). Pozwala ona oszacować nastrój na trzech wymiarach: pobudzenia energetycznego (PE), pobudzenia napięciowego (PN) i tonu hedonistycznego (TH) (Goryńska, 2005). Pobudzenie energetyczne (10 pytań) pokazuje, czy osoba badana jest w danym momencie spokojna i stonowana, czy raczej żwawa i pełna życia. Pobudzenie napięciowe (9 pytań) mierzy poziom napięcia/zrelaksowania. Ton hedonistyczny (10 pytań) określa, czy osoba badana w czasie wypełniania kwestionariusza odczuwa przyjemność, czy doznaje uczuć nieprzyjemnych.

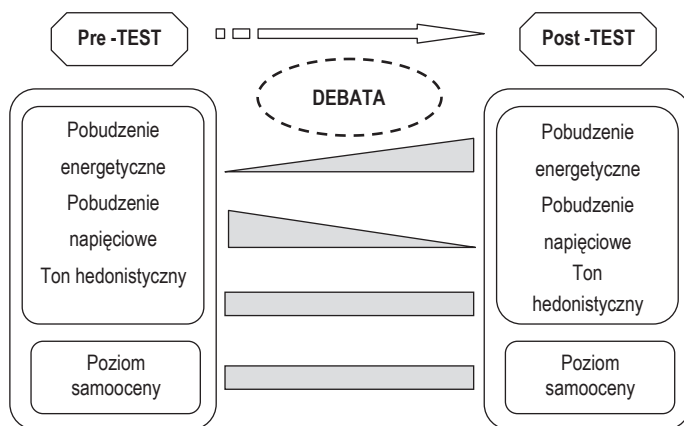
Do pomiaru samooceny przed dyskusją i po niej wykorzystano *Skalę Samooceny* Rosenberga (Dzwonkowska, Lachowicz-Tabaczek, Łaguna, 2008). Składa się ona z pięciu stwierdzeń pozytywnych i pięciu stwierdzeń negatywnych, do których osoba badana ustosunkowuje się na czterostopniowej skali odpowiedzi: od „zdecydowanie się zgadzam” do „zdecydowanie się nie zgadzam”. Statystycznie przeliczone wyniki, jeśli są wysokie, to mówią o wysokiej samoocenie, jeśli są niskie, to świadczą o samoocenie niskiej.

Analizy wykazały, że wyniki testów przeprowadzanych przed dyskusją i po jej zakończeniu wyraźnie różniły się na kilku wymiarach. Sugeruje to, że wywiad miał istotny wpływ na dobrostan psychiczny uczestników. Szczegóły tej zmiany przedstawiały się następująco: zmniejszyło się pobudzenie napięciowe, za to wzrosło pobudzenie energetyczne. Nie było natomiast statystycznie istotnych różnic na wymiarze samooceny i tonu hedonistycznego. Można jedynie mówić o tendencji do podniesienia się zarówno samooceny, jak i odczucia przyjemności po przeprowadzonych fokusach. W sposób schematyczny wyniki zostały przedstawione na rycinie 20.

Wyniki te prowadzą do wniosku, że rozmowy w grupach miały pozytywny wpływ na dobrostan uczestników. Wychodzili oni z badania rozluźnieni i pełni energii. Kontakt ze współrozmówcami i dyskusja na temat sytuacji życiowej osób z ograniczeniem sprawności sprawiły, że nastrój badanych uległ znaczącej poprawie.

Jedno z wyjaśnień tych wyników jest takie, że mówienie o problemach i proponowanie sposobów ich rozwiązania uwalnia zablokowaną pod wpływem stresu energię. Poczucie, że nie jest się samemu, że więcej osób zmaga się z podobnymi problemami, dodaje otuchy i zwiększa poczucie siły. Rozmowa w grupie pokazuje, że dzięki współpracy możliwe jest przezwyciężenie trudności. Dodatkowym czynnikiem poprawiającym nastrój mogło być poczucie sprawstwa. Wnioski z wywiadów przekazane decydentom to w krótkiej per-

spektywie możliwość wyrażenia opinii, a w dalszej – większa szansa na poprawę sytuacji.



Rycina 20. Wpływ debaty na dobrostan psychiczny uczestników

Źródło: opracowanie własne.

Samoocena i ton hedonistyczny pozostały niezmienione, mimo iż treść rozmowy nie była przyjemna, ponieważ dotyczyła trudnych codziennych zmagających. Osoby niepełnosprawne podczas otwartej dyskusji mogły uświadomić sobie własną sytuację, która prawdopodobnie zwykle nie jest ekspozowana i o której raczej nie chce się pamiętać. Mimo że temat rozmowy aktywizował myślenie o ograniczeniu sprawności i przykrych doświadczeniach, nie wpłynęła negatywnie na dobrostan uczestników. Co więcej, zaobserwowano lekką tendencję do podniesienia samooceny i tonu hedonistycznego.

Dalsze analizy statystyczne nastawione były na wykrycie ewentualnego wpływu doboru grupy na dobrostan uczestników. W tym celu należało porównać wyniki poszczególnych rodzajów grup osiągnięte na wspomnianych wymiarach. Miało nam to dostarczyć informacji, jaka forma debat jest najbardziej odpowiednia dla poszczególnych grup, różnych co do składu i przygotowania.

Okazało się, że w grupach, w których zastosowano rozgrzewkę komunikacyjną, wyraźnie wzrosło pobudzenie energetyczne. Ćwiczenie umiejętności komunikacyjnych przeprowadzone na początku wywiadu dodało uczestnikom tyle wigoru, że po zakończeniu wywiadu mieli zdecydowanie więcej energii niż przed jego rozpoczęciem. Jest to pozytywny wynik, zgodny z tezami z literatury omawianej w rozdziale 1. Krótki trening stymulujący aktywizację umiejętności komunikacyjnych zwiększył komfort rozmowy i poprawił nastrój uczestników. Rozgrzewka komunikacyjna przypominała formę znane ze szkoleń czy warsztatów ćwiczenia energetyzujące grupę. Taką też rolę odegrała, choć nie tylko, bo jak już wspominaliśmy w poprzednim rozdziale,

przyczyniła się także do podniesienia jakości debaty. Zadania dla grupy miały także walor integracyjny. Jedno z ćwiczeń uczestnicy wykonywali wspólnie, drugie w parach. Rozgrzewka wyzwała żywe reakcje emocjonalne, zadania od każdego wymagały mobilizacji. Badani dobrze radzili sobie z wykonywaniem ćwiczeń, mogli mieć więc poczucie sukcesu, co również wyzwala energię.

Pobudzenie energetyczne wyraźniej wzrosło także w grupach, w których rozmawiali ze sobą sami mężczyźni. Podobnego efektu nie zaobserwowano ani w grupach złożonych z samych kobiet, ani w grupach integrujących kobiety i mężczyzn. Tymczasem interakcje, do jakich dochodziło w zespołach złożonym z mężczyzn, powodowały podniesienie napięcia energetycznego. Może to być efektem bardziej dosadnego języka dyskusji, zwracającego mniejszą uwagę na formy grzecznościowe i niosącego większy ładunek emocji.

Z innych naszych analiz wiemy, że grupy złożone tylko z mężczyzn osiągnęły niższy wskaźnik jakości debaty, a więc uczestnicy słabiej się nawzajem słuchali, rozmowa była mniej płynna. Wywiad grupowy dawał szansę na wyłożenie swoich racji, porównanie siły argumentów, zdominowanie innych uczestników. To właśnie skłonność do rywalizacji mogła podnieść energię. Być może już samo postawienie grupy mężczyzn przed wspólnym zadaniem powoduje u nich dreszczyk emocji. A może to temat, a nie przebieg rozmowy wzbudził w nich silne emocje i chęć działania. Pewne jest, że dokonała się tu jakaś praca, zmaganie się z tematem, być może z grupą, które wywołało wzrost energii, przy jednoczesnym braku zmiany na pozostałych wymiarach dobrostanu psychicznego badanych.

Na otrzymane wyniki można też spojrzeć przez pryzmat braków różnic w pomiarze nastroju i samooceny. Okazało się, że poziom sprawności nie determinuje żadnego z tych czynników. Niezależnie od tego, czy spotykały się grupy homo- czy heterogeniczne pod względem poziomu ograniczenia sprawności uczestników, efekt w postaci spadku napięcia i pobudzenia energetycznego był podobny. Oznacza to, że wspólna rozmowa w grupie ma wartość uniwersalną, przez co sprzyja likwidacji podziałów na sprawnych i niepełnosprawnych.

Kolejnym czynnikiem, który nie różnicował wskaźników nastroju i samooceny, była płeć uczestników. Uśrednione wyniki kobiet i mężczyzn były do siebie bardzo zbliżone. Na obie płcie debata oddziaływała równie pozytywnie. Warto tu dodać, że w żadnej z zaaranżowanych przez nas konfiguracji rozmówców nie zaobserwowaliśmy pogorszenia nastroju lub samooceny.

Wszystkie omówione obserwacje przedstawione zostały w tabeli 8.

Tabela 8. Podsumowanie wyników

Wymiar dobrostanu psychicznego	Zauważone różnice	Zauważony brak różnic
Pobudzenie energetyczne	- wzrost we wszystkich typach grup - większy wzrost w grupach złożonych wyłącznie z mężczyzn - większy wzrost w grupach z rozgrzewką komunikacyjną	- ze względu na płeć - ze względu na poziom sprawności
Pobudzenie napięciowe	spadek we wszystkich typach grup	- ze względu na płeć - ze względu na poziom sprawności
Ton hedonistyczny		- ze względu na płeć - ze względu na poziom sprawności - we wszystkich typach grup
Samooceana		- ze względu na płeć - ze względu na poziom sprawności - we wszystkich typach grup

Źródło: opracowanie własne.

4.3. Ocena współpracy w grupie

Badając wpływ współpracy w grupie na uczestników, postanowiliśmy bezpośrednio zapytać o ich wrażenia z wywiadów. Zależało nam na poznaniu opinii badanych na temat debaty, prowadzącego, grupy oraz zadowolenia z własnego wkładu w dyskusję. Uzyskana wiedza miała nam pomóc w wyciągnięciu wniosków co do tego, w jaki sposób w przyszłości powinno się przeprowadzać takie spotkania i czy forma debaty jest według uczestników dobrym sposobem na poznawanie ich potrzeb. Chcieliśmy dowiedzieć się też, jakie są mocne i słabe strony przedsięwzięcia, w tym jakie korzyści przynosi ono osobom z ograniczoną sprawnością.

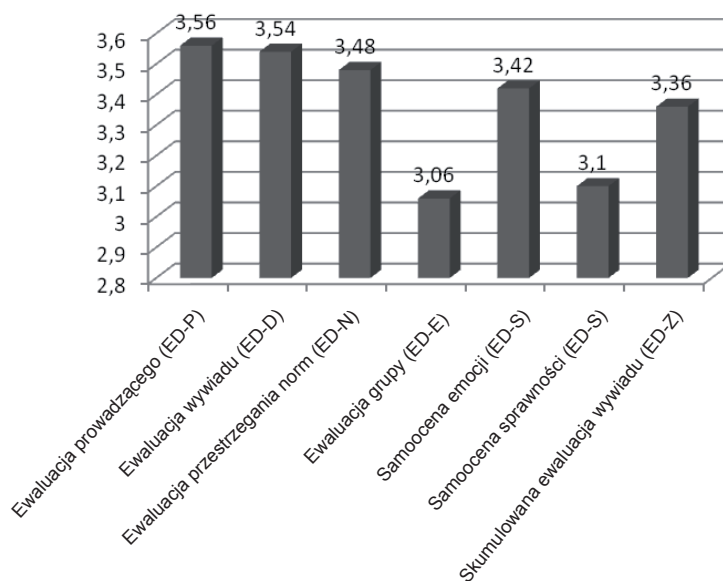
Ponadto wyniki ankiet w zestawieniu z danymi z pozostałych narzędzi miały pomóc w analizie funkcjonowania w grupie. Interesowało nas, jak badani oceniają sytuację, która teoretycznie sprzyja podniesienia kapitału społecznego tych osób.

Ewaluacja obejmowała następujące wymiary:

1. ocena prowadzącego (ED-P),
2. ocena wywiadu jako wydarzenia (ED-D),
3. ocena przestrzegania norm podczas debaty (ED-N),
4. ocena grupy (ED-G),
5. ocena własnych emocji podczas debaty (ED-E),
6. ocena własnej skuteczności podczas debaty (ED-S).

Przygotowana przez nas ankieta składała się z 30 twierdzeń: po pięć pozycji dla każdego z sześciu wymiarów. Badani byli proszeni o ustosunkowanie się do tych twierdzeń i zaznaczenie swojej odpowiedzi na czterostopniowej skali od „zdecydowanie się zgadzam” do „zdecydowanie się nie zgadzam”. Poszczególne twierdzenia przemieszane były między sobą, tak by nie tworzyć bloków tematycznych. W ten sposób chcieliśmy zmniejszyć tendencję do uzgadniania odpowiedzi. Poza tym, część zdań sformułowana była w sposób krytyczny: „Uczestnicy debaty mieli problemy z uważnym słuchaniem wypowiedzi”. Większość miała charakter pozytywny: „Mówienie na forum grupy było dla mnie łatwe”. Skonstruowaliśmy także jeszcze jeden, zbiorczy wymiar oceny debaty (ED-Z), który stanowił odpowiednio przeliczoną średnią ze wszystkich udzielonych odpowiedzi.

Uzyskane rezultaty wskazują na bardzo pozytywny odbiór wywiadów. Wynik mógł przyjmować wartość od 1 do 4, średnia w takim przypadku wynosi 2,5 punktu. Wszystkie wymiary ocenione zostały znacznie powyżej tej średniej, w przedziale między 3,06 a 3,56. Ilustruje to rycina 21.



Rycina 21. Zestawienie uśrednionych wyników ankiety ewaluacyjnej

Źródło: opracowanie własne.

Uczestnicy debat spośród wszystkich ewaluowanych aspektów najwyżej ocenili osoby prowadzące spotkanie dyskusyjne. Oznacza to, że docenione zostały kompetencje moderatorów, jak również ich rola opiekunów rozmowy i pośredników pomiędzy grupą a przedstawicielami władz. Prowadzący wzbudzili sympatię i zaufanie jako ludzie, co miało niebagatelne znaczenie dla

uzyskania często bardzo osobistych informacji od rozmówców. Dla zespołu badawczego jest to na pewno bardzo pokrzepiający wynik, świadczący o akceptacji ze strony osób badanych.

Drugim wymiarem, który został niemal równie wysoko oceniony, był wywiad sam w sobie, traktowany jako wydarzenie. Uczestnicy, podobnie jak w przypadku oceny prowadzącego, przyporządkowali mu niemal same najwyższe noty. Taki wynik świadczy o docenieniu wagi tematu spotkania, jak również o silnej potrzebie organizowania tego typu rozmów. Osoby badane wskazały w ten sposób, że oczekują dialogu i współpracy w dziedzinie poprawy ich sytuacji życiowej i zawodowej ze wszystkimi zainteresowanymi tą sprawą podmiotami.

Bardzo wysoko oceniony został również wymiar przestrzegania norm dyskusji. Uczestnicy wyrazili w ten sposób subiektywne poczucie, że klimat rozmowy był przyjazny. Badani ocenili, że uczestnicy fokusów odnosili się do siebie z szacunkiem, słuchali nawzajem swoich wypowiedzi, starali się precyzyjnie argumentować i nie przerywać mówiącemu. Warto w tym miejscu przypomnieć, że przed rozpoczęciem wywiadu uczestnicy byli proszeni o stosowanie się do reguł „dobrej dyskusji” (Reykowski, 2007). Poza tym z częścią grup przeprowadzono rozgrzewkę komunikacyjną, jako procedurę mającą ułatwić rozmowę. Na podstawie wyników wiemy, że tak się właśnie stało.

Wysoka ocena przestrzegania norm dopełnia obrazu wywiadu jako wydarzenia potrzebnego, profesjonalnie prowadzonego i spełniającego standardy dobrej rozmowy. Skoro uczestnicy wysoko oceniali przestrzeganie reguł podczas dyskusji, może to oznaczać, że je akceptowali i chcieli się do nich stosować. Jest to ważna wskazówka dla wszystkich, którzy chcieliby wykorzystać technikę dyskusji grupowych w celach aktywizacyjnych, integracyjnych czy konsultacyjnych, aby zadbać o odpowiednie procedury. To od nich bowiem w dużej mierze zależą sukces rozmowy i satysfakcja uczestników.

Na kolejnym miejscu pod względem wysokości otrzymanego wyniku znalazła się ocena własnych emocji podczas debaty. Wygląda na to, że rozmówcy czuli się komfortowo. Potwierdzają to omówione wcześniej wyniki nastroju i samooceny. Można zatem wnioskować, że temat rozmowy, jakim był problem ograniczenia sprawności, nie wzbudzał odczuć negatywnych.

Zdecydowanie pozytywnie, choć niżej od dotychczas omówionych wymiarów, badani oceniali swoją skuteczność komunikacyjną. Można zastanowić się, co to dokładnie znaczy. Przypuszczamy, że uczestnicy chcieliby być bardziej przekonujący w przedstawianiu swoich argumentów lub z większą swobodą zabierać głos w dyskusji. Być może część osób, oceniając swój wkład w rozmowę, kierowała się skromnością, a przez to zaniżyła swój wynik. Oceniany wymiar odnosi się bezpośrednio do kompetencji komunikacyjnych. Otrzymany rezultat wskazuje na skuteczność komunikowania jako na obszar, nad którym warto by popracować.

Spośród wszystkich wymiarów poddanych ewaluacji, najniższy, choć wciąż wysoki wynik otrzymali współrozmówcy jako grupa. Można zatem powiedzieć, że uczestnicy badania odbierali grupę rozmówców pozytywnie, choć nie uważali jej za najmocniejszą stronę debaty. Może to być związane z wieloma czynnikami: aktywizacją negatywnego stereotypu lub autostereotypu osób z ograniczoną sprawnością, zadaniowym nastawieniem badanych na wypowiedzenie swoich kwestii, a nie na budowanie relacji, przekonaniem o ograniczonych kompetencjach pozostałych uczestników jako ekspertów.

Ogólna ocena debaty, powstała z uśrednienia wszystkich omówionych wymiarów ewaluacji, dała bardzo pozytywny wynik, bliższy maksimum skali niż średniej. Otrzymane wyniki należy uznać za przejaw wysokiego zadowolenia przede wszystkim z administracyjnych aspektów przedsięwzięcia. Praca grupy i własne zaangażowanie są obszarami, które można by ewentualnie wzmocnić.

4.4. Ewaluacja debat w podziale na grupy

Skoro znamy już ogólne wyniki ewaluacji, przyjrzyjmy się zróżnicowaniu ocen pomiędzy badanymi grupami. W ten sposób dowiemy się, jak specyficzni współrozmówcy postrzegają zaproponowaną przez nas formę komunikowania swoich potrzeb. Opisywane dotychczas wymiary ewaluacji zestawimy, opierając się na podziale na grupy z rozgrzewką komunikacyjną lub bez rozgrzewki, grupy osób z ograniczeniem sprawności i grupy integracyjne oraz grupy homo- i heterogeniczne ze względu na płeć badanych. Ponadto sprawdzimy, czy wiek i poziom wykształcenia wiązały się ze sposobem oceniania wywiadów.

Ocena osoby prowadzącej była różna w zależności od płci badanych. Mężczyźni, zarówno indywidualnie, jak i w grupach, niżej w porównaniu do kobiet ocenili osobę prowadzącą. Otrzymany wynik może być konsekwencją mniejszego nastawienia kobiet na rywalizację, a co za tym idzie – ich bardziej przychylnego stosunku do osób, które pełnią funkcję lidera. Jeżeli przypomnimy sobie wzrost napięcia energetycznego w grupach złożonych z mężczyzn, to prowadzący jawi się jako strażnik norm, który musi zapanować nad emocjami uczestników czy nad próbą zdominowania dyskusji. Jak widać, nie wszystkim panom styl prowadzącego przypadł do gustu.

Wywiad oceniany jako wydarzenie nie został wyróżniony przez żadną z porównywanych grup. Możemy mówić jedynie o statystycznie nieistotnej tendencji do niższej oceny tego wymiaru przez grupy złożone z samych osób z ograniczeniem sprawności. Może się to wiązać z generalną skłonnością tej grupy do niższej oceny samych siebie i swojego otoczenia.

Sporo odmiennych ocen pojawiło się dla wymiaru przestrzegania norm. I tutaj znów okazało się, że zarówno mężczyźni indywidualnie, jak i grupy złożone z samych mężczyzn niżej oceniali przestrzeganie norm. Może być to

związane z silną potrzebą zaprezentowania własnych poglądów przy jednoczesnym słabszym słuchaniu innych osób. Innym wytłumaczeniem jest wspomniany już ostrzejszy język debaty. Przypuszczalnie też mężczyźni, przyzwyczajeni do rywalizacji o pozycję w grupie, bardziej zwracają uwagę na stosowanie się do reguł.

Ocena przestrzegania norm była też różna w zależności od wykształcenia badanych. Osoby z wyższym wykształceniem wyżej punktowały przestrzeganie norm. Być może słabiej wykształcone osoby przykładają mniejszą wagę do oceny jakości rozmowy, przez co także w punktacji nie doceniały tej kategorii. Z kolei osoby lepiej wykształcone potrafiły trafniej oszacować i bardziej docenić przestrzeganie reguł. Innym wytłumaczeniem surowszej oceny u osób słabiej wykształconych mógłby być pewien deficyt kompetencji komunikacyjnych, powodujący ogólnie słabszy kontakt ze współrozmówcami. Są to jednak tylko spekulacje. Zauważono także tendencję do wyższego oceniania przestrzegania norm wśród młodszych osób. Może być to pochodną lepszego wykształcenia tej grupy.

Jeśli chodzi o ocenę emocji towarzyszących uczestnikom w trakcie wywiadów, to okazało się, że kobiety w porównaniu z mężczyznami odczuwały więcej przyjemności. Być może wynika to z nobilitującej roli eksperta, w jakiej w polskich realiach kobiety ciągle występują rzadziej niż mężczyźni. A może, odwołując się do tradycyjnego podziału ról na męskie i kobiece, można przyjąć, że jest to kwestia większego doświadczenia kobiet w działaniach kolektywnych, w tym w rozmawianiu w grupie? W grupie mężczyzn mógł też zadziałać efekt obciążenia znacznie większym stopniem ograniczenia sprawności. Faktem jest, że to przede wszystkim im na poziomie emocjonalnym debaty przyniosły najwięcej korzyści. Nie przekładało się to jednak na bliźniaczą do tego wymiaru samoocenę skuteczności w komunikowaniu.

Jeśli chodzi o samoocenę sprawności komunikacyjnej w ogóle, nie odnotowaliśmy żadnych istotnych statystycznie prawidłowości pozwalających pogregować osoby badane według jednego chociażby kryterium.

Przejdźmy do omówienia różnic zaobserwowanych na wymiarze ewaluacji grupy współrozmówców. Znaczący okazał się tu podział na osoby sprawne i z ograniczeniem sprawności. Chodzi o rozróżnienie indywidualne, niezależne od przyporządkowania do konkretnych debat. Po raz kolejny okazało się, że osoby z ograniczoną sprawnością oceniają niżej swoją grupę (samiych niepełnosprawnych lub integracyjną).

W tym przypadku interpretacja każe wiązać uzyskane wyniki z tak zwaną inklinacją negatywną tych osób. Zjawisko to charakteryzuje się negatywnym ocenianiem siebie i otoczenia (Czapiński, 1988). Wspomniany autor definiuje efekt negatywności jako „silniejsze uzależnienie ocen globalnych od negatywnej niż pozytywnej informacji, na podstawie której jest formułowana” (Wojciszke, 2003, s. 123). Na podstawie otrzymanych wyników można wnioskować, że ocena siebie i współrozmówców jest pochodną takiej właśnie ne-

gatywnej informacji, jaką jest bycie osobą z ograniczeniem sprawności. Ta właściwość w dużo większym stopniu determinuje samoocenę niż jakakolwiek inna cecha – a w szczególności cecha pozytywna. Inklinacja negatywna może być interpretowana jako wynik poczucia wykluczenia i stygmatyzacji – poczucia, że przynależy się do jakiejś gorszej grupy, która funkcjonuje na marginesie społecznym.

Przy okazji zapoznawania się z kryteriami oceniania współ rozmówców w grupie po raz kolejny natrafiliśmy na efekt płci. Badane kobiety wykazywały tendencję do wyższego oceniania grupy niż mężczyźni. Ponadto grupy składające się z samych mężczyzn wykazywały tendencję do niższego oceniania własnej grupy, niż to miało miejsce w grupach samych kobiet i w grupach mieszanych. Przypomnijmy, że w grupach przeważały liczebnie osoby ze znacznym stopniem ograniczenia sprawności.

Analiza różnic między badanymi na wymiarze zbiorczej oceny debaty potwierdziła siłę wspomnianych już efektów. Najbardziej uwidocznił się wpływ płci, i to zarówno na poziomie indywidualnym, jak i grupowym. Mężczyźni (i grupy samych mężczyzn) generalnie punktowali niżej. Analogicznie dało o sobie znać zjawisko inklinacji negatywnej u osób z ograniczoną sprawnością. Ogólna ocena dokonana przez te osoby była istotnie niższa.

Wszystkie opisane powyżej prawidłowości zostały zebrane w ramach podsumowania w tabeli 9.

Tabela 9. Wyniki ewaluacji dla wybranych kryteriów różnicujących grupy badanych osób

Kryteria	Wyniki ewaluacji
Przynależność do jednej z 20 grup	• brak istotnych różnic
Rodzaj grupy: rozgrzewka	• brak istotnych różnic
Rodzaj grupy: sprawność	• w grupach osób z ograniczeniem sprawności skumulowana ocena wywiadu jest niższa • w grupach osób z ograniczeniem sprawności zaobserwowano tendencję do niższej oceny wywiadu jako wydarzenia*
Rodzaj grupy: płeć	• w grupach złożonych z mężczyzn skumulowana ocena wywiadu jest niższa • grupy złożone z mężczyzn niżej oceniały prowadzącego • grupy złożone z mężczyzn niżej oceniały poziom przestrzegania norm • w grupach złożonych z mężczyzn zaobserwowano tendencję do niższego oceniania grupy*
Sprawność badanych	• osoby z ograniczeniem sprawności niżej oceniały grupę niż osoby sprawne

Kryteria	Wyniki ewaluacji
Płeć badanych	• u kobiet skumulowana ocena wywiadu jest wyższa • kobiety wyżej oceniały prowadzącego • kobiety wyżej oceniały przestrzeganie norm • kobiety odczuwały więcej pozytywnych emocji w czasie wywiadu • u kobiet zaobserwowano tendencję do wyższego oceniania grupy*
Wiek badanych	• zaobserwowano tendencję do wyższej oceny poziomu przestrzegania norm wśród osób młodszych*
Wykształcenie badanych	• osoby z wyższym wykształceniem wyżej oceniały poziom przestrzegania norm

Źródło: opracowanie własne.

* Tendencja nieistotna statystycznie.

Z wyników ewaluacji można wnioskować o istnieniu zjawiska inklinacji negatywnej u osób z ograniczeniem sprawności, jak również niższej oceny wywiadów przez mężczyzn. Są to ważne wskazówki przy projektowaniu tego typu spotkań dyskusyjnych. Należy organizować spotkania grup heterogenicznych pod względem poziomu sprawności, jak również płci. W tych pierwszych może dojść do pozytywnego zamodelowania osób z ograniczeniem sprawności, w tych drugich można uniknąć procesów, których efektem jest redukcja zadowolenia. Wyniki skłaniają do refleksji, że praca nad polepszeniem skuteczności komunikacji mogłaby ułatwić budowę kapitału społecznego osobom z ograniczeniem sprawności. Z kolei dbanie o nieizolowanie bez potrzeby grupy mężczyzn może podnieść komfort ich pracy.

4.5. Podsumowanie

Na podstawie przeprowadzonego badania udało nam się odpowiedzieć na pytanie o wpływ współpracy w grupie na dobrostan i zadowolenie rozmówców. Okazało się, że uczestnictwo w debacie poprawia nastrój, powodując wzrost pobudzenia energetycznego i spadek pobudzenia napięciowego, przy jednoczesnym utrzymaniu poziomu samooceny i poczucia przyjemności. Oceny ankiety ewaluacyjnej świadczą z kolei o dużej akceptacji badania.

Wyniki te prowadzą do wniosku, że rozmowy o problemach osób z ograniczoną sprawnością nie wywołują negatywnych obciążeń ani w gronie samych niepełnosprawnych, ani w towarzystwie osób bez ograniczeń sprawności, za to przynoszą rozmaite korzyści. Przyczyniają się do poprawy dobrostanu psychicznego oraz wzmacniają kompetencje komunikacyjne i społeczne. Wszystko to może prowadzić do wzrostu poziomu kapitału społecznego.

Spotkania w małych grupach nie tylko dostarczyły wielu merytorycznych ważnych informacji o funkcjonowaniu i problemach osób z ograniczoną sprawnością, lecz także miały wartość psychologiczną dla uczestników. Tym samym potwierdziły się informacje z literatury naukowej o wpływie rozmów

w małych grupach na budowanie pozytywnych interakcji społecznych i doskonalenie kompetencji komunikacyjnych.

O terapeutycznej roli współpracy w grupie przekonują także wyniki badań nad autostereotypem osób z ograniczoną sprawnością (Rycielski, Bedyńska, 2010), prowadzonych równoległe do naszych analiz. Kiedy porównano ze sobą wpływ codziennej autorefleksji (prowadzenie dzienniczka) i ustrukturyzowanych spotkań społecznych (gry towarzyskie) na poprawę samopoczucia i osłabienie negatywnego autostereotypu, okazało się, że tylko druga z wymienionych metod przynosi oczekiwane – pozytywne – efekty.

Wielość, zróżnicowanie i dobra jakość kontaktów osób z ograniczoną sprawnością w różnych środowiskach mogą być pierwszym krokiem do przerywania błędnego koła wykluczenia i stygmatyzacji. Sama dostępność i obecność osób niepełnosprawnych w życiu społecznym stopniowo może oswajać otoczenie z nimi i stymulować rozmaite interakcje. Bezpośredni kontakt zmniejsza ryzyko powstania stereotypów, ponieważ obraz osoby niepełnosprawnej przestaje być oderwany od rzeczywistości. Osoby te zaczynają jawić się z całym wewnętrznym zróżnicowaniem właściwym każdemu, a nie przez pryzmat jednej dystynktywnej cechy. Niestereotypowe traktowanie osób z ograniczeniem sprawności otwiera możliwości wchodzenia w kolejne interakcje i przedsięwzięcia oraz dalszego rozwoju kapitału społecznego.

Wskazówki do projektowania dalszych badań czy interwencji, płynące z badań nad współpracą w grupie, byłyby następujące:

- Dla zadbania o dobrostan uczestników i uzyskania ich aprobaty istotne są: profesjonalne moderowanie, wprowadzenie norm sankcjonujących konstruktywną komunikację, czytelność procedur.
- Dla zwiększenia komfortu pracy grupy wskazane jest wykorzystanie rozgrzewki komunikacyjnej lub innych form przygotowania, aktywizacji i integracji uczestników.
- Dla dobrostanu psychicznego osób z ograniczoną sprawnością istotne jest samo uczestnictwo w podobnych debatach, podczas których mają one szansę nawiązać kontakt z innymi niepełnosprawnymi oraz wymienić się poglądami na temat swojej sytuacji życiowej i uzyskać wsparcie.
- Dla przeciwdziałania efektom inklinacji negatywnej u osób z ograniczeniem sprawności istotne jest wzmacnianie ich umiejętności i kompetencji komunikacyjnych, tworzenie wokół nich jak najbogatszego i jak najbardziej zróżnicowanego środowiska społecznego.
- Dla podnoszenia kapitału społecznego osób z ograniczoną sprawnością istotny jest aktywny kontakt z innymi osobami, który umożliwia im nabywanie i ćwiczenie kompetencji komunikacyjnych.

W celu zapewnienia większego komfortu pracy mężczyznom zespoły zadaniowe powinny być heterogeniczne pod względem płci.

Rozdział 5

Propozycje rozwiązań problemów osób z ograniczeniem sprawności

Żebyśmy rozumiał innych ludzi inne języki inne cierpienia
(Z. Herbert, 1992, s. 21)

5.1. Wprowadzenie

Rozdział ten służy dalszej prezentacji wyników autodiagnozy sytuacji życiowej i zawodowej osób z ograniczeniem sprawności, a także podsumowaniu wszystkich poruszonych w książce zagadnień. Rozwiązania problemów osób z ograniczoną sprawnością ujęliśmy w formie rekomendacji. W pierwszej części rozdziału są to propozycje osób badanych przedstawione w świetle przywoływanych już wcześniej teorii. W drugiej części omawiamy najważniejsze wnioski z naszych badań nad komunikacją społeczną i współpracą w grupie osób z ograniczeniem sprawności. Mamy zatem dwa poziomy: poziom podstawowy – zgłoszeń od uczestników wywiadów, i poziom meta – odnoszący się do tego, w jakim stylu i w jakich okolicznościach uczestnicy zaproponowali swoje pomysły. W tym rozdziale łączymy analizę obu tych poziomów, by przekazać spójne wytyczne dotyczące potrzeby zrozumienia.

5.2. Rekomendacje na podstawie treści wywiadów

W rozdziale 2 skoncentrowaliśmy się na opisie kwestii problemowych. Zasadniczym efektem debat były jednak przede wszystkim pomysły rozwiązań. Zagadnieniami, na temat których w czasie wywiadów powiedziano najwięcej (połowa wypowiedzi), były wsparcie psychologiczne i dostosowanie środowiska do potrzeb osób z ograniczeniem sprawności. Pozostałe trzy główne wątki to potrzeba wsparcia systemowego, pomysły na edukację społeczeństwa i zmiana sytuacji na rynku pracy, które także okazały się bardzo zajmujące dla badanych.

Wypowiedzi osób badanych posegregowano według pojawiających się tematów, a następnie zapisano zawarte w nich przesłanie. Tak zsyntetyzowane rekomendacje przedstawia tabela 10. Zostały one ułożone już nie według klucza pięciu obszarów problemowych, ale według założeń teorii kapitału społecznego, co pozwala przyjrzeć się specyficznym sferom społecznego funkcjonowania osób z ograniczeniem sprawności, takich jak bliskie więzi albo odbiór społeczny.

Tabela 10. Wnioski i rekomendacje wynikające z przeprowadzonych badań

Pole problemowe	Wymiar	Rekomendacje
Kapitał społeczny	bliskie kontakty: rodzina, bezpośredni opiekunowie, przyjaciele	• włączenie osób niepełnosprawnych w codzienne funkcjonowanie w gronie najbliższych dzięki wykonywaniu zwykłych aktywności • nakładanie obowiązków oraz wytwarzanie poczucia odpowiedzialności i sprawstwa • włączanie w rozmowę z najbliższymi (kształtowanie kompetencji komunikacyjnych) • poszanowanie autonomii (wolności konstytucyjne, prawa człowieka) • codzienne wsparcie psychologiczne ze strony bliskich (poczucie bycia akceptowanym, potrzebnym, wartościowym) • zapewnienie wsparcia merytorycznego, psychologicznego i ekonomicznego dla bliskich
	dalsze kontakty: znajomi z różnych środowisk i miejsc środowisko pracy sąsiedztwo	• umożliwienie łatwego nawiązywania interakcji ze światem społecznym (zniesienie barier przestrzennych, szkoły z mieszanym składem, ośrodki wsparcia i centra aktywności/kultury dla osób niepełnosprawnych, dostęp do mediów, m.in. Internetu) • wspieranie nabywania kompetencji komunikacyjnych i społecznych dzięki aktywnemu uczestnictwu w działaniach z innymi ludźmi (sprawnymi i niepełnosprawnymi), które czynią osoby niepełnosprawne bardziej atrakcyjnymi społecznie • wspieranie nabywania kompetencji profesjonalnych, co podnosi atrakcyjność osób niepełnosprawnych na rynku pracy (pomoc w standardowej edukacji, prowadzenie kursów specyficznych dla osób niepełnosprawnych) • stymulowanie samodzielnych działań i inicjatyw osób niepełnosprawnych • utworzenie sprawnej organizacji pośredniczącej w zdobywaniu pracy między osobami niepełnosprawnymi i pracodawcami (posługującej się np. stale aktualizowaną stroną internetową) • szkolenia dla pracodawców na temat możliwości zatrudnienia i otrzymania dotacji na potrzeby stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej • wprowadzenie ulg dla pracodawców, zatrudnianie osób z ograniczeniem sprawności na eksponowanych stanowiskach, wykorzystanie potencjału przedsiębiorczości tych osób
	kontakty z organizacjami i instytucjami	• prowadzenie powtarzalnych badań potrzeb i oczekiwań osób niepełnosprawnych, które wskazują kierunki i formy działań • tworzenie i usprawnianie działania instytucji zajmujących się problemami osób niepełnosprawnych, gdzie zatrudnione są osoby ze szczególną wiedzą o ich problemach • szkolenia urzędników i członków organizacji zajmujących się niepełnosprawnymi • tworzenie rozwiązań formalno-prawnych umożliwiających swobodne ekonomiczne i społeczne funkcjonowanie (kwestia rent, zasiłków społecznych i zarobkowania) • partycypacyjna i refleksyjna ewaluacja programów skierowanych do niepełnosprawnych, która będzie podstawą do prowadzenia kolejnych programów (dostosowywanie działań do rzeczywistych potrzeb osób niepełnosprawnych)

Pole problemowe	Wymiar	Rekomendacje
	spostrzeganie społeczne: stereotypizacja, autostereotypizacja, stygmatyzacja	• prowadzenie badań spostrzegania osób niepełnosprawnych, monitorowanie aktualnego stanu i pól problemowych • pojawianie się osób niepełnosprawnych w życiu społecznym i mass mediach • budowanie pozytywnego wizerunku osób niepełnosprawnych (podkreślanie kompetencji zawodowych i społecznych) • tworzenie kampanii informacyjnych uwzględniających na specyficzne potrzeby osób z różnymi formami niepełnosprawności (w mediach, szkołach) • wsparcie w budowaniu pozytywnego obrazu siebie (przeciwdziałanie autostereotypizacji) • tworzenie grup mieszanых (szkoła, wyjazdy, organizacje) • wytworzenie sankcji społecznej za dyskryminację osób niepełnosprawnych (aktywne sprzeciwianie się przejawom dyskryminacji) • zmiana języka dyskursu o niepełnosprawnych na niedyskryminujący i niewykluczający
Przestrzeń	miejsca publiczne opinia społeczna regulacje prawne zarządzanie szkolenia	• prowadzenie badań nad potrzebami i sposobem użytkowania przestrzeni przez osoby niepełnosprawne (psychologia środowiskowa) • projektowanie przestrzeni na podstawie wyników badań i istniejących dobrych rozwiązań (<i>evidence-based design</i>) • usuwanie jawnych barier architektonicznych (schody, progi, niedostosowane środki transportu) i wprowadzanie ułatwień (windy, podjazdy, poręcze, odpowiednio szerokie drzwi, wypustki na chodnikach przed przejściem dla pieszych, szersze i równe chodniki, okienka do obsługi klienta o odpowiedniej wysokości, dobrze zlokalizowane i tańsze miejsca parkingowe zarezerwowane dla niepełnosprawnych) • monitorowanie realizacji budynków dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych, aby zostały wykonane zgodnie z planem • monitorowanie zarządzania budynków dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych, aby były utrzymywane adekwatnie do ich zastosowania • prowadzenie szkoleń dla architektów w zakresie projektowania dla niepełnosprawnych • zwiększenie dostępności sprzętu rehabilitacyjnego i urządzeń ułatwiających codzienne funkcjonowanie osób z ograniczeniem sprawności

Pole problemowe	Wymiar	Rekomendacje
Wsparcie	dostęp do informacji pomoc psychologiczna system opieki zdrowotnej system pomocy społecznej system wsparcia przez wolontariat	• zapewnienie dostępu do bezpłatnej (lub taniej) pomocy psychologicznej w instytucjach (szpitale, ośrodki pomocy społecznej, stowarzyszenia), która polegałaby na określaniu źródeł problemu i motywowała do odnajdywania ich rozwiązań • dostarczenie osobie z ograniczeniem sprawności wyczerpującej informacji na temat jej stanu zdrowia, zalecanej terapii, sposobu realizacji zaleceń, przysługujących praw, możliwości znalezienia zatrudnienia, możliwości odbycia kursów, szkoleń, możliwości włączenia się w działalność kół zainteresowań i grup wsparcia • wykorzystanie kapitału społecznego, dzięki stymulowaniu wymiany doświadczeń osób z ograniczeniem sprawności i ich rodzin w formie grup wsparcia, spotkań dyskusyjnych, tworzenia środowisk, inicjowania wydarzeń kulturalnych i towarzyskich • utworzenie spójnego, sprawnie działającego, finansowanego w przejrzysty sposób systemu diagnozy, leczenia i rehabilitacji, tak by pacjent objęty był nieustanną fachową opieką i odpowiadającymi na jego potrzeby procedurami, a nie pozostawiony sam sobie • zwiększenie mobilności pracowników obsługujących urzędnika dla osób z ograniczeniem sprawności: woźnych, strażników, dozorców • organizacja systemu kompetentnego wolontariatu i asystentów towarzyszących osobom z ograniczeniem sprawności w życiu codziennym

Źródło: opracowanie własne.

Uporządkowanie pól problemowych i określenie relacji między nimi w odniesieniu do koncepcji kapitału społecznego było punktem wyjścia w wysuwaniu rekomendacji. Na tej podstawie proponujemy pewne rozwiązania. Zdajemy sobie sprawę, że złożoność życia codziennego wykracza daleko poza ograniczony katalog rekomendacji. W związku z tym szeroko opisaliśmy jego działanie, by umożliwić czytelnikom stosowanie go samodzielnie w rozwiązywaniu problemów, na jakie natrafiają. Przyłożenie opisanego schematu do konkretnych kwestii problemowych pozwala w dość prosty sposób zlokalizować obszar sprawiający trudność i oddzielić go od innych kwestii. W drugiej kolejności należy zaadresować działanie trafiające dokładnie w pole problemowe, z jakim mamy do czynienia, przy zastosowaniu odpowiednich środków. W pierwszym kroku zatem należy zorientować się, gdzie jest problem, a następnie zaaplikować dostosowane do niego rozwiązanie.

Warto też podkreślić to, w jaki sposób działają mechanizmy wzajemnego wpływu poszczególnych pól problemowych. Funkcjonują one na prostej zasadzie dodatnich sprzężeń zwrotnych, co znaczy, że jeśli jedno z pól zaczyna działać sprawniej, to wpływa pozytywnie na inne pola. Metaforą działania tego mechanizmu może być koło szczęścia (*virtuous circle*) – koło raz wprowadzone w pozytywny ruch będzie przynosić kolejne korzyści. Rewersem tego mechanizmu jest metafora błędnego koła (*vicious circle*) – koło raz wprowadzone w ruch negatywny będzie przynosić kolejne negatywne sprzężenia zwrotne. Zadaniem tych, którzy zajmują się osobami z ograniczoną sprawnością, jest dbanie o wprowadzanie w ruch koła szczęścia oraz hamowanie procesów pomnażających negatywne doświadczenia i straty w kolejnych polach problemowych.

Kolejną zaletą tego rozwiązania jest możliwość budowania wskaźników (ilościowych i jakościowych) poszczególnych wymiarów problemowych. Każde z wymienionych zagadnień można ocenić w perspektywie wykluczenia, to znaczy ocenić, jak bardzo dana osoba jest wykluczona (lub nie) na poszczególnych wymiarach, i podejmować odpowiednie działania w celu zminimalizowania tego zjawiska. W efekcie w dość prosty sposób można ewaluować skuteczność podejmowanych działań. To z kolei daje możliwość budowania odpowiednich strategii działania zarówno na szczeblu indywidualnym, jak i grupowym (osoby z ograniczoną sprawnością w danej gminie, w województwie, w kraju).

Na podstawie analizy przeprowadzonych wywiadów proponowaliśmy działania przedstawione w formie powyższej tabeli. Wiedza o koncepcjach usprawnienia swojego otoczenia jest niezwykle cenna i powinna być uwzględniona w opracowywaniu polityki działań na rzecz osób ograniczoną sprawnością. Na podstawie naszych analiz wypowiedzi badanych w zestawieniu z funkcjonującymi w świecie naukowym teoriami społecznymi wysunęliśmy szereg rekomendacji dotyczących właśnie kierunków działania, które mają na celu poprawę jakości życia osób niepełnosprawnych.

Głównym czynnikiem odpowiedzialnym za problemy osób z ograniczoną sprawnością jest wykluczenie, o czym pisaliśmy już w podsumowaniu rozdziału 2. Szeroko omawiane były kolejne obszary wykluczenia oraz relacje pomiędzy nimi. W schematyczny sposób zagadnienie to zaprezentowane zostało w diagramie włączonym do tego rozdziału. Najważniejszym polem wykluczenia jest kapitał społeczny na poziomie kontaktów społecznych i na poziomie spostrzegania społecznego. Pierwszy poziom dotyczył trzech rodzajów więzi: bliskich kontaktów, dalszych kontaktów oraz kontaktów z instytucjami i organizacjami. Drugi poziom jest jednym z elementów definiujących normy i wzorce traktowania osób niepełnosprawnych. Wśród nich można odnaleźć takie formy spostrzegania społecznego, jak: stereotypizacja, autostereotypizacja i stygmatyzacja, które mogą prowadzić do wykluczenia.

Kolejnym polem wykluczenia była przestrzeń fizyczna, której kształt jest efektem planu architektonicznego lub zarządzania. Przez to jest ona pochodną kapitału społecznego i jej społecznego użycia. Bariery w obu tych polach powodują negatywne emocje wśród osób z ograniczeniem sprawności. I z drugiej strony – negatywne doświadczenia wpływają negatywnie na ich kapitał społeczny i użytkowanie przestrzeni. Obszarem funkcjonowania społecznego, który w sposób szczególnie skupia wymienione procesy, jest miejsce pracy.

To skrótowe zestawienie może być punktem wyjścia w planowaniu polityki społecznej dotyczącej osób z ograniczeniem sprawności, ale również może być wykorzystane przez urzędnika, pracodawcę albo działacza społecznego do ukierunkowania swoich działań na rzecz tych osób.

Warto też wspomnieć o alternatywnym kluczu interpretacyjnym, który może służyć wysuwaniu rekomendacji. Jest nim teoria konfliktów, szczegółowo opisana w rozdziale 2 w perspektywie rozwiązań kwestii nurtujących osoby niepełnosprawne. Interpretacja ta porządkuje również zagadnienia problemowe i pomaga dobrać właściwe środki do podejmowania działań na rzecz osób z ograniczeniem sprawności. Nie zostanie tu jednak opisana, bo oznaczałoby to powielanie przytoczonych już treści.

5.3. Rekomendacje na podstawie badań nad komunikacją społeczną i współpracą w grupie

W poprzednim podrozdziale opisanych zostało wiele pomysłów na poprawę sytuacji osób z ograniczeniem sprawności (Woźniak, 2008). Przedmiotem szczególnej troski w tej książce było zaspokojenie potrzeby rozumienia i bycia rozumianym w kontekście ograniczenia sprawności. Jak się okazało, problem ten dotyka wszystkich sfer ludzkiego funkcjonowania. Kluczowe dla jego rozwiązania okazało się wzmacnianie więzi społecznych. Środkiem do tego celu są komunikacja społeczna i współpraca w grupie, i właśnie tych sfer dotyczą nasze dalsze rekomendacje. Postanowiliśmy ograniczyć się do trzech obszarów, na jakie naprowadzają wyniki badań. Poruszamy się na poziomie

meta, a więc mówimy, jak powinna być stymulowana komunikacja społeczna i współpraca w grupie osób z ograniczeniem sprawności.

Podstawą do sformułowania rekomendacji, a zarazem odpowiedzią na pytanie postawione na początku tej pracy jest spostrzeżenie, że osoby, które wcześniej nabyły ograniczenie sprawności i posiadają znaczące ograniczenie sprawności, mają niższe kompetencje komunikacyjne, przez co ich kontakt z otoczeniem dodatkowo cierpi. Stąd potrzeba podjęcia działań mogących zrekomensować ich braki. Wnioski płynące z badań nad komunikacją społeczną i współpracą w grupie osób z ograniczeniem sprawności przedstawione zostały w formie rekomendacji w podziale na trzy sfery funkcjonowania: kontaktów osobistych, grupowych i służbowych (tab. 11).

Tabela 11. Wnioski i rekomendacje wynikające z przeprowadzonych badań

1. Kontakty osobiste

- **Potrzeba wspomagania już od najmłodszych lat rozwoju więzi społecznych typu *bonding***, dzięki aktywnemu monitorowaniu przez opiekunów nabywania kompetencji językowych, wspólne z dzieckiem ćwiczenie języka przy wykorzystaniu całego spektrum narzędzi (aktywna rozmowa, zabawy językowe, wspólne czytanie na głos, uczenie nowych słów), w starszym wieku realizacja zadań wymagających użycia języka (np. zakupy).
 - **Potrzeba stymulowania już od najmłodszych lat więzi społecznych typu *bridging***: udział w zajęciach przedszkolnych, szkolnych, zajęciach dodatkowych (harcerstwo, praca artystyczna, społeczna, koła zainteresowań, wyjazdy, obozy).
 - **Potrzeba monitoringu i ewentualnej korekty procesu nabywania kompetencji językowych**, w celu uniknięcia utrwalenia błędów, niewyraźnego, zbyt cichego mówienia.
 - **Potrzeba praktykowania różnego typu form wypowiedzi**, jak: dyskusja, konwersacja, prowadzenie wywiadów, występy publiczne, negocjacje; także dzięki czytaniu i uczestnictwie w warsztatach umiejętności komunikacyjnych.
 - **Potrzeba podnoszenia kwalifikacji i wykształcenia**, które są związane z rozwojem kompetencji komunikacyjnych i społecznych.
 - **Potrzeba praktykowania tradycyjnych ćwiczeń kompetencji komunikacyjnych**: zabawy językowe typu Scrabble, ćwiczenie pamięci (uczenie na pamięć tekstów piosenek, poezji), ćwiczenie rozumienia treści (czytanie książek, prasy), pisanie.
 - **Potrzeba korzystania z techniki komputerowej** w formie komunikatorów, portali społecznościowych.
 - **Potrzeba aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym**: zaangażowanie w organizację różnego typu przedsięwzięć (wyjazd wakacyjny, teatr szkolny, zawody sportowe, projekty NGO, publikowanie tekstów, wystąpienia publiczne, wydarzenia kulturalne, prace naukowe).
 - **Potrzeba podejmowania prób rozwiązywania własnych problemów**, wychodzenie poza swoje ograniczenia, bez nadmiernego koncentrowania się na trudnościach, szukanie nowych rozwiązań.
 - **Potrzeba dążenia do traktowania siebie jako podmiotu zdarzeń**, wzięcie odpowiedzialności za swój los.
 - **Potrzeba nauki umiejętności dystansowania się wobec swojej perspektywy na rzecz zrozumienia punktu widzenia innych osób**, w celu rozwijania kontaktów społecznych.
-

2. Kontakty w grupie

- **Potrzeba uczestnictwa w działaniach grupowych**, na przykład spotkaniach dyskusyjnych na temat osób z ograniczeniem sprawności.
 - **Potrzeba korzystania z pomocy profesjonalistów i liderów, na przykład moderatorów dyskusji, przewodników, trenerów, instruktorów, i korzystania z ustrukturyzowanych form aktywności**, które umożliwiają bezpieczne i skuteczne nabywanie nowych kompetencji, nawiązywanie relacji.
 - **Potrzeba uczestnictwa w działaniach o charakterze edukacyjnym, typu seminaria, projekty terenowe, studia**, w celu poszerzania wiedzy i doświadczeń oraz zdobywania nowych kontaktów.
 - **Potrzeba uczestnictwa w zabawach, imprezach, grach integracyjnych**, umożliwiających rozwój relacji i szukanie sposobów wzajemnego zrozumienia.
 - **Potrzeba nauki słuchania i doceniania innych oraz udzielania informacji zwrotnej**, celem wzmacniania konstruktywnych zachowań i budowania pozytywnych relacji.
 - **Potrzeba uczestnictwa w grupach heterogenicznych ze względu na płeć, wiek, poziom sprawności, wykształcenie**, celem rozwoju osobistego i nabywania nowych kompetencji.
 - **Potrzeba unikania dłuższego przebywania w małych, jednorodnych grupach**, co zwiększa szanse na sprawne posługiwanie się językiem bez nadużywania regionalizmów i neologizmów charakterystycznych dla specyficznych grup.
-

3. Kontakty o charakterze służbowym

- **Potrzeba zwiększenia zatrudnienia osób z ograniczeniem sprawności**, między innymi ze względu na wyniki badań, które pokazują, że poziom aktywności zawodowej pozytywnie koreluje z kompetencjami językowymi.
 - **Potrzeba zachęty do podjęcia aktywności społecznej o charakterze zarobkowym lub w formie wolontariatu**, celem nabywania kompetencji w danej dziedzinie i w sztuce porozumiewania się, a także przełamywania stereotypów.
 - **Potrzeba realizacji zadań wymagających stałego i codziennego kontaktu ze współpracownikami**, co sprzyja nabywaniu kompetencji komunikacyjnych i pozwala uniknąć izolacji.
 - **Potrzeba tworzenia zróżnicowanego ze względu na poziom sprawności, wiek, płeć środowiska pracy**, co wymusza konieczność dotarcia z komunikatem do osoby, co do której nie można oczekiwać, że „zrozumie wypowiedź bez słów”; stymulacja aktywności, nawiązywanie nowych kontaktów, nabywanie nowych kompetencji.
 - **Potrzeba udzielania informacji zwrotnej na temat wykonanej pracy**, co skutkuje poczuciem wpływu na rzeczywistość, kształtuje świadomość własnych i cudzych kompetencji zawodowych.
-

Źródło: opracowanie własne.

5.4. Podsumowanie

Podsumowując całość rozdziału, ale też temu, warto zwrócić uwagę na to, że sam wywiad grupowy wydaje się formą, którą warto wykorzystać nie tylko w celach diagnostycznych, lecz także integracyjnych, czyli społecznych.

Pomysłem, jaki stał za propozycją badań grupowych – oprócz kwestii dotarcia do potrzeb i oczekiwań osób z ograniczeniem sprawności – było sprawdzenie, czy jest to właściwa forma komunikacji z tą grupą i jaki może mieć ona wpływ na dobrostan psychiczny i kompetencje komunikacyjne uczestników. Na podstawie otrzymanych wyników, które zostały szeroko omówione w rozdziałach 3 i 4, możemy z dużą dozą pewności powiedzieć, że taka forma dotarcia do opinii osób niepełnosprawnych ma wiele zalet. Grupy foku-

sowe okazały się rodzajem laboratorium, gdzie trenowano kompetencje komunikacyjne. Są one niezbędne dla sprawnego funkcjonowania społecznego. Organizowanie tego rodzaju spotkań może wzmacniać te kompetencje i pośrednio wspierać budowanie kapitału społecznego uczestników. Osoby, które lepiej się komunikują i mają regularny kontakt z innymi ludźmi, zyskują szansę na dostęp do bogatszych i bardziej zróżnicowanych zasobów. Kształtowanie kompetencji komunikacyjnych może być zatem jednym ze sposobów przeciwdziałania wykluczeniu.

Odnotaliśmy także inne korzyści płynące z przeprowadzonych fokusów. Wśród uczestników w znaczący sposób podniósł się nastrój, a poziom samooceny – mimo podejmowania trudnych i wywołujących emocje kwestii – pozostał niezmienny. Można zatem wnioskować, że debatujący czuli się bezpiecznie i mogli rozmawiać w atmosferze zaufania o swoich rzeczywistych problemach. Spotkanie było okazją do udzielenia sobie nawzajem wsparcia. Organizowanie tego typu spotkań może przyczyniać się więc do poprawy dobrostanu psychicznego i rozwoju kompetencji społecznych ich uczestników.

Klamrą spinającą wszystkie poruszane w tej książce zagadnienia może być trójkąt satysfakcji Moore’a (2009). Składają się na niego zadowolenie z merytorycznych osiągnięć, drogi do nich, polegającej na zastosowaniu odpowiednich procedur, i efektów psychologicznych w postaci dobrego nastroju, poczucia sukcesu (ryc. 22).



Rycina 22. Trójkąt satysfakcji Moore’a (2009)

Źródło: opracowanie własne.

Badanie sytuacji życiowej i zawodowej osób z ograniczeniem sprawności możemy potraktować jako badanie zadowolenia z codziennego funkcjonowania tych osób. Na podstawie uzyskanych wyników udało nam się wyodrębnić obszary problemowe. Były to sfery niskiej satysfakcji. Dla każdej z nich można by wymienić niezrealizowane potrzeby natury merytorycznej, psychologicznej i formalnej. Zaproponowane przez nas w tym rozdziale rekomendacje miały temu zaradzić.

W rozdziale 2 poruszone zostały kwestie związane z satysfakcją merytoryczną. Satysfakcja proceduralna pojawiła się w rozdziale 3, w kontekście analizy umiejętności komunikacyjnych osób z ograniczeniem sprawności, a także ich reakcji na zaproponowany przez nas scenariusz badania (rozgrzewka komunikacyjna, normy). Satysfakcja psychologiczna była badana w rozdziale 4, kiedy sprawdzaliśmy jak wywiad grupowy wpływa na dobrostan psychiczny uczestników.

Poziom satysfakcji merytorycznej – na podstawie wyników badań – należy ocenić jako niski. Praktycznie żadnej sfery aktywności uczestnicy nie uznali za zadowalającą. Sytuacja osób z ograniczeniem sprawności w Polsce nosi znamiona wykluczenia zarówno na poziomie sieci więzi, jak i postrzegania społecznego, czego efektem są liczne negatywne doświadczenia i niekorzystna sytuacja na rynku pracy.

Poziom satysfakcji proceduralnej, rozumianej jako umiejętność znalezienia wspólnego języka, czy to z uczestnikami badania, czy z resztą społeczeństwa, zależał od wielu czynników, między innymi od stopnia i wieku nabycia ograniczenia sprawności. Obserwowaliśmy możliwość wpływania na ten parametr dzięki zastosowaniu rozgrzewki komunikacyjnej i odpowiedniemu doborowi grupy.

Satysfakcja psychologiczna, sprawdzana za pomocą pomiaru nastroju i samooceny, a także w ankiecie ewaluacyjnej, okazała się związana z realizacją potrzeby bycia rozumianym. Możliwość zabrania głosu i bycia wysłuchanym skutkowało podniesieniem nastroju, stabilizacją samooceny i wysoką oceną wydarzenia. Wynik ten wskazuje na potencjał interaktywnego i partnerskiego podejścia do drugiej osoby, wciąż zbyt rzadko docenianego przy okazji rozwiązywania problemów osób z ograniczeniem sprawności.

W oparciu o schemat trójkąta satysfakcji można wyprowadzić na koniec następującą konkluzję. Wprawdzie sytuacja osób z ograniczeniem sprawności w Polsce jest dla nich wysoce niezadowalająca, niemniej jednak umiejętne komunikowanie się z nimi (na poziomie indywidualnym i instytucjonalnym) może prowadzić do poprawy. Mamy nadzieję, że rekomendacje dotyczące poszczególnych obszarów społecznego funkcjonowania tych osób przyczynią się do zwiększenia ich kapitału społecznego, kompetencji komunikacyjnych oraz poczucia rozumienia i bycia rozumianym.

Zakończenie

Na początku niniejszego opracowania postawiliśmy szereg pytań, na które, jak sądzimy, udało się odpowiedzieć. Już wiemy, że o rozumieniu siebie i innych oraz o byciu rozumianym decyduje między innymi kapitał społeczny jednostki. Modelowym przykładem byłaby kobieta po pięćdziesiątce, która ma dość długi staż pracy i lekkie ograniczenie sprawności, potrafi z pasją dyskutować o ważnych społecznie problemach.

Mamy nadzieję, że Czytelnik znalazł w naszej pracy coś dla siebie. Dla autorów było to wciągające podążanie tropem emocji, konfliktów, zależności międzyludzkich. Są wątki, które pragnęlibyśmy eksplorować dłużej, takie jak choćby komunikacja w rodzinach osób z ograniczeniem sprawności. Zdajemy też sobie sprawę z tego, że wobec ogromnego zróżnicowania typów ograniczenia sprawności zastosowanie wspólnego mianownika w postaci „osoby z ograniczeniem sprawności” może wydać się zbyt daleko idącym uproszczeniem. Ze względu jednak na znaczenie i uniwersalność potrzeby bycia zrozumianym, sądzimy, że warto było podjąć to ryzyko.

Bibliografia

- Aronson E. (1997). *Człowiek – istota społeczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Aronson E., Wilson T.D., Akert R.M. (1997). *Psychologia społeczna. Serce i umysł*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Berkman L.F., Glass T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. W: Berkman L.F., Kawachi I. (red.), *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- Błaszak M., Przybylski Ł. (2010). *Rzeczy są dla ludzi. Niepełnosprawność i idea uniwersalnego projektowania*. Seria: Aktywność zawodowa osób z ograniczeniami sprawności. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Bourdieu P., Wacquant L.D. (2001). *Zaproszenie do socjologii refleksyjnej*. Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Brzezińska A.I., Kaczan R. (2008). *Wychowanie do samodzielności: kluczowy czynnik sukcesu zawodowego osób z ograniczeniem sprawności*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SWPS *Academica*.
- Brzezińska A.I. (2008). Psychologia rozwoju człowieka. W: D. Doliński, J. Strelau (red.), *Psychologia: podręcznik akademicki*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Brzezińska A.I., Kaczan R., Rycielska L. (2010). *Czas, plany, cele. Perspektywa czasowa osób z ograniczeniami sprawności*. Seria: Aktywność zawodowa osób z ograniczeniami sprawności. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Coleman J.S. (1988). Social Capital in the Creation of Human Capital. *American Journal of Sociology*, 94, 1–95.
- Czapiński J. (1988). *Wartościowanie – efekt negatywności. O naturze realizmu*. Wrocław: Ossolineum.
- Dasgupta P., Serageldin I. (red.) (2000). *Social Capital: A Multifaceted Perspective*. Washington, D.C.: World Bank.
- Deutsch M., Coleman P.T. (2005). *Rozwiązywanie konfliktów, teoria i praktyka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Dzwonkowska I., Lachowicz-Tabaczek K., Łaguna M. (2008). *Skala samooceny SES*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Edwards B., Foley M.W. (1998). Civil society and social capital beyond Putnam. *American Behavioral Scientist*, 42(1): 124–139.
- Erikson E.H. (1959). Identity and the life cycle. *Psychological Issues*, 1, 18–164.
- Festinger L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Evanston, IL: Row, Peterson.
- Gadamer H.G. (2003). Tekst i interpretacja. W: *Język i rozumienie*. Warszawa: Fundacja Aletheia, 99–141.
- Glaser B., Strauss A. (1965). *Awareness of Dying*. Chicago: Aldine.
- Goffman E. (2007). *Piętno*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

- Gotlib I.H., Macabe S.B. (1990) Marriage and psychopathy: a critical examination. W: F.D. Fincham, T.M. Bradbury (red.), *The Psychology of Marriage: Conceptual, Empirical and Applied Perspectives*. New York: Guilford Press.
- Goryńska E. (2005). *Przymiotnikowa skala nastroju UMACL*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Hall E.T. (1976). *Ukryty wymiar*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Halpern D.S. (2005). *Social capital*. Cambridge (UK) – Malden (USA): Polity Press
- Hanifan L.J. (1916). The rural school community center. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 67: 130–138.
- Herbert Z. (1992). Modlitwa Pana Cogito – podróżnika. W: *Raport z oblężonego miasta*. Wrocław: Wydawnictwo Dolnośląskie.
- Hymes D. (1972). On communicative competence. W: J.W. Pride, J. Holmes (red.), *Sociolinguistics*. Harmondsworth: Penguin Books, 269–293.
- Iwański J. (2009a). Konceptualizacja założeń programu badań w ramach modułu badawczego nr 8 – *Autodiagnoza grupowa (fokus) sytuacji życiowej i zawodowej*. Warszawa: Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej (niepublikowany maszynopis przygotowany w ramach projektu systemowego PFRON/EFS/SWPS nr WND-POKL-01.03.06-00-041/08 pt.: Ogólnopolskie badanie sytuacji, potrzeb i możliwości osób niepełnosprawnych na lata 2008–2010).
- Iwański J. (2009b). Koncepcja narzędzi oraz procedura badań w module badawczym nr 8 – *Autodiagnoza grupowa (fokus) sytuacji życiowej i zawodowej*. Warszawa: Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej (niepublikowany maszynopis przygotowany w ramach projektu systemowego PFRON/EFS/SWPS nr WND-POKL-01.03.06-00-041/08 pt.: Ogólnopolskie badanie sytuacji, potrzeb i możliwości osób niepełnosprawnych na lata 2008 – 2010).
- Iwański J. (2009c). Raport z badań w module nr 8 – *Autodiagnoza grupowa (fokus) sytuacji życiowej i zawodowej*. Warszawa: Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej (niepublikowany maszynopis przygotowany w ramach projektu systemowego PFRON/EFS/SWPS nr WND-POKL-01.03.06-00-041/08 pt.: Ogólnopolskie badanie sytuacji, potrzeb i możliwości osób niepełnosprawnych na lata 2008–2010).
- Jakobson R. (1989) *W poszukiwaniu istoty języka. Wybór pism*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy, t. 2.
- Karta Praw Osób Niepełnosprawnych (Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r., M.P. z 13.08.1997 r. Nr 50 poz. 475), <http://www.mpips.gov.pl/index.php?gid=245>.
- Kawachi I., Berkman L.F. (2001). Social ties and mental health. Paper prepared for September special issue of *Journal of Urban Health*.
- Knack S., Keefer P. (1997). Does social capital have an economic payoff? A cross-country investigation. *Quarterly Journal of Economics*, 112(4): 1251–1288.
- Kurcz I. (2000). Język i komunikacja. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik Akademicki*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, t. 2, 231–274.
- Lao T. (2001). *Droga (Tao te king)*. Wrocław: Rękodzielnia Arhat.
- Lin N. (1999) Building a Network Theory of Social Capital. *Connections* 22(1): 28–51.
- Lochner K., Kawachi I., Kennedy B.P. (1999). Social capital: a guide to its measurement. *Health and Place*, 5(4): 259–270.

- Macrae C.N., Stangor, Ch., Hewstone M. (1999). *Stereotypy i uprzedzenia. Najnowsze ujęcie*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Maison D. (2001). *Zogniskowane wywiady grupowe. Jakościowa metoda badań marketingowych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Manstead A.S.R., Hewstone M. (2001). *Psychologia społeczna. Encyklopedia Blackwella*. Warszawa: Santorski i S-ka.
- Maslow A. (1964). Teoria hierarchii potrzeb. W: J. Reykowski (red.), *Problemy osobowości i motywacji w psychologii amerykańskiej*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 135–164.
- McKay M., Davis M., Fanning P. (2002). *Sztuka skutecznego porozumiewania się*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Moore C.W. (2009). *Mediacje. Praktyczne strategie rozwiązywania konfliktów*. Warszawa: Oficyna Wolters Kluwer Business.
- Nęcki Z. (1996). *Komunikacja międzyludzka*. Kraków: Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu.
- Portes S.W. (1998). Social capital: its origins and applications in modern sociology. *Annual Review of Sociology*, 24: 1–24.
- Putnam R. (2000). *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. New York: Simon & Schuster.
- Putnam R., Feldstein L.M. (2003). *Better Together: Restoring the American Community*. New York: Simon and Schuster.
- Reykowski J. (2007). *Konflikt i porozumienie. Psychologiczne podstawy demokracji deliberatywnej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SWPS Academica.
- Rycielski P., Bedyńska S. (2010). *Kim jestem? Wsparcie funkcjonowania psychospołecznego osób z ograniczeniami sprawności*. Seria: Aktywność zawodowa osób z ograniczeniami sprawności. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Szwabe J. (2010). Korpusowa analiza wypowiedzi osób z ograniczeniem sprawności w module badawczym nr 8 *Autodiagnoza grupowa (fokus) sytuacji życiowej i zawodowej w ramach projektu pt.: Ogólnopolskie badanie sytuacji, potrzeb i możliwości osób niepełnosprawnych*. Warszawa: Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej (niepublikowany maszynopis).
- Ury W.L. (2006). *Dochodząc do zgody. Przekształcanie konfliktów w domu, w pracy i na świecie*. Taszów: Wydawnictwo Moderator.
- Wojciszke B. (2003). *Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Wolski P. (2010). *Utrata sprawności. Radzenie sobie z niepełnosprawnością nabytą a aktywizacja zawodowa*. Seria: Aktywność zawodowa osób z ograniczeniami sprawności. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Woźniak Z. (2008). *Niepełnosprawność i niepełnosprawni w polityce społecznej. Społeczny kontekst medycznego problemu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SWPS Academica.
- Zarczuk M. (2007). Integracja grupy szkoleniowej kluczem do pełniejszego zdobycia umiejętności. W: K. Maj (red.), *Szkolenia z udziałem osób niepełnosprawnych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SWPS Academica.
- Zimbardo P.G. (2002). *Psychologia i życie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Aneks

Charakterystyka systemowego projektu badawczego finansowanego ze środków Unii Europejskiej – nr WND-POKL-01.03.06-00-041/08: *Ogólnopolskie badanie sytuacji, potrzeb i możliwości osób niepełnosprawnych*

Opracowanie:

Anna Izabela Brzezińska, Piotr Rycielski, Kamil Sijko, Jacek Pluta

Podstawowe informacje o projekcie

Okres realizacji projektu:

1 grudnia 2008 – 31 maja 2010 roku

Lider projektu:

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, kierownik projektu po stronie lidera: dr Jacek Pluta, Instytut Socjologii Uniwersytetu Wrocławskiego

Partner naukowy:

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie, koordynator zespołu badawczego SWPS: prof. dr hab. Anna Izabela Brzezińska

Informacje o projekcie: www.aktywizacja2.swps.pl

Cel ogólny projektu

Celem projektu jest opracowanie rekomendacji dla *Ogólnokrajowej Strategii* na rzecz zwiększenia aktywności społeczno-zawodowej osób niepełnosprawnych z rzadko występującymi postaciami niepełnosprawności (ONR, w tym z niepełnosprawnościami sprzężonymi – ONS) w oparciu o diagnozę przeprowadzoną na próbie 100 tysięcy osób niepełnosprawnych, jak również rekomendacji dla projektu *Planu Działania POKL dla Priorytetu I Zatrudnienie i integracja społeczna*.

Cele szczegółowe projektu

1. Analiza porównawcza regulacji prawnych dotyczących osób z grup ONR oraz ONS w Polsce, w Unii Europejskiej (UE) i na świecie w celu określenia podstawowych kierunków działań ograniczających ich marginalizację z jednej strony, a ułatwiających inkluzję z drugiej.

2. Oszacowanie liczby osób doświadczających rzadko występujących postaci niepełnosprawności (ONR) oraz szczególnie niepełnosprawności sprzężonych (ONS) w próbie 100 tysięcy badanych osób niepełnosprawnych.
3. Klasyfikacja przyczyn rzadko występujących postaci niepełnosprawności oraz niepełnosprawności sprzężonych w obu wyodrębnionych grupach na tle przyczyn pozostałych typów niepełnosprawności.
4. Charakterystyka właściwości osób z grup ONR oraz ONS na tle całej badanej grupy osób niepełnosprawnych: czynniki socjodemograficzne, sytuacja ekonomiczna na podstawie jej samooceny, aktualny stan zdrowia na podstawie jej samooceny, czynniki osobowościowe, kapitał społeczny, aktywność edukacyjna, aktywność zawodowa.
5. Ocena jakości życia oraz poczucia jakości życia osób z grup ONR i ONS na tle całej badanej grupy osób niepełnosprawnych.
6. Całościowa diagnoza sytuacji psychospołecznej obu grup osób – ONR i ONS – na tle całej badanej grupy osób niepełnosprawnych.
7. Określenie kluczowych czynników mających wpływ na jakość życia oraz poczucie jakości życia osób w obu grupach, w tym wyodrębnienie czynników:
 - (a) specyficznych dla grupy ONR,
 - (b) specyficznych dla grupy ONS,
 - (c) wspólnych dla obu grup łącznie, ale różnych od czynników charakterystycznych dla pozostałych osób niepełnosprawnych,
 - (d) niespecyficznych ogólnych, czyli ważnych dla jakości życia i poczucia jakości życia niezależnie od rodzaju/poziomu niepełnosprawności.
8. Wyodrębnienie układu czynników:
 - (a) chroniących przed marginalizacją i wykluczeniem społecznym,
 - (b) zwiększających ryzyko marginalizacji i wykluczenia osób z grup ONR i ONS.
9. Wyodrębnienie układu czynników:
 - (a) sprzyjających inkluzji (włączaniu),
 - (b) utrudniających inkluzję osób z grup ONR i ONS w system edukacji i rynek pracy.
10. Opracowanie zasad tworzenia projektów działań zmierzających do przywrócenia osób z grup ONR i ONS na rynek pracy oraz usprawnienia efektywnego wydatkowania środków publicznych na ich potrzeby.
11. Przygotowanie ramowych projektów badań nad uwarunkowaniami i mechanizmami ekskluzji i inkluzji, czyli wykluczania oraz efektywnego włączania osób z grup ONR i ONS w – szczególnie otwarty – rynek pracy.

Wykonawcy projektu

Zespół Badawczy SWPS w Warszawie

koordynator Zespołu:

prof. dr hab. Anna Izabela Brzezińska

koordynatorzy modułów badawczych:

mgr Jakub M. Iwański

mgr Radosław Kaczan

mgr Konrad Piotrowski

mgr Ludmiła Rycielska

mgr Piotr Rycielski

mgr Kamil Sijko

mgr Karolina Smoczyńska

dr Dorota Wiszejko-Wierzbicka

mgr Paweł Wolski

Zespół przygotowujący ekspertyzy na potrzeby projektu

dr Karolina Appelt

Instytut Psychologii UAM w Poznaniu

dr Maciej Błaszak

Instytut Filozofii UAM w Poznaniu

mgr Piotr Brycki

Rzecznik Osób Niepełnosprawnych w GK Impel

mgr Tomasz Chudobski

radca prawny

mgr Szymon Hejmanowski

Instytut Psychologii UAM w Poznaniu

dr Sławomir Jabłoński

Instytut Psychologii UAM w Poznaniu

dr Mariola Kłos

Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Dzieci niesłyszących we Wrocławiu

mgr Katarzyna Linda

Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej UAM w Poznaniu

mgr Małgorzata M. Kulik

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

dr Joanna Matejczuk

Instytut Psychologii UAM w Poznaniu

mgr Piotr Matejczuk

prawnik, niezależny ekspert

mgr Łukasz Przybylski
Instytut Filozofii UAM w Poznaniu

mgr Małgorzata Tomaszewska
Fundacja Aktywnej Rehabilitacji, Ośrodek Kultury Ochota

dr Joanna Urbańska
Instytut Psychologii UAM w Poznaniu

dr Grzegorz Wiącek
Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

mgr Michał Wierzbicki
niezależny ekspert rynku mediów i marketingu sportowego w Polsce
i na świecie

dr Maciej Wilski
Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu

dr Julita Wojciechowska
Instytut Psychologii UAM w Poznaniu

mgr Agnieszka Wolska
Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji

dr Beata Ziółkowska
Instytut Psychologii UAM w Poznaniu

Recenzenci ekspertyz i publikacji przygotowanych w ramach projektu

prof. SGH dr hab. Piotr Błędowski
Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

prof. dr hab. Barbara Gąciarz
Akademia Górniczo-Hutnicza w Krakowie

prof. UŚl dr hab. Małgorzata Górnik-Durose
Uniwersytet Śląski w Katowicach

prof. dr hab. Elżbieta Hornowska
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

prof. dr hab. Zofia Kawczyńska-Butrym
Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

prof. dr hab. Stanisław Kowalik
Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu

prof. dr hab. Ryszard Łukaszewicz
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

prof. dr hab. Piotr Oleś
Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

prof. dr hab. Roman Ossowski
Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

doc. dr hab. Włodzimierz Pańków

Instytut Filozofii i Socjologii PAN

dr Dariusz Rosiński

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

prof. dr hab. Grzegorz Sędek

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie

prof. dr hab. Helena Sęk

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Wydział Zamiejscowy we Wrocławiu

prof. dr hab. Zbigniew Woźniak

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

prof. dr hab. Bogdan Zawadzki

Uniwersytet Warszawski

Struktura projektu

Projekt badawczy był realizowany w trzech etapach:

- | | |
|---|---|
| I. 1 grudnia 2008 – 30 czerwca 2009 roku | pogłębione kompleksowe badania indywidualne; |
| II. 1 lipca 2009 – 31 grudnia 2009 roku | badania kwestionariuszowe na próbie ogólnopolskiej; |
| III. 1 stycznia 2010 – 31 marca 2010 roku | całościowa analiza wyników i rekomendacje. |

Pierwszy etap badań składał się z dziewięciu niezależnych modułów. Każdy z nich miał swoją specyfikę i odrębne metody badawcze, wszystkie zaś łączyli uczestnicy badań: osoby z powszechnie występującymi ograniczeniami sprawności (ONP), osoby z rzadko występującymi niepełnosprawnościami (ONR), osoby z niepełnosprawnością sprzężoną (ONS) oraz – jako grupa porównawcza – osoby sprawne (OS). Na tym etapie osoby dobierane były do badań według zasad doboru celowego na podstawie kryteriów ustalanych odrębnie w każdym module i zweryfikowanych przez ekspertów. Charakterystyka wszystkich modułów badawczych realizowanych na pierwszym etapie projektu dostępna jest na stronie internetowej projektu pod adresem: www.aktywizacja2.swps.pl.

Dwa główne cele działalności na etapie pierwszym to pogłębiona diagnoza zasobów indywidualnych i zasobów środowiska osób z ograniczeniami sprawności oraz przygotowanie i pilotaż kwestionariusza, który był narzędziem badań w etapie drugim. Głównym zaś celem etapu drugiego było ilościowe, wielowymiarowe oszacowanie skali zjawiska niepełnosprawności rzadkiej i sprzężonej. Na etapie trzecim zostały zintegrowane wyniki badań z obu etapów oraz stworzone rekomendacje dla osób i instytucji realizujących programy skierowane do środowiska osób z ograniczeniem sprawności oraz

bezpośrednio do nich, ze szczególnym uwzględnieniem grup i podgrup ONR i ONS.

Tabela 1. Etapy i zadania badawcze

Etap I	Etap II	Etap III
grudzień 2008 – czerwiec 2009	lipiec 2009 – grudzień 2009	styczeń–marzec 2010
zespół badawczy SWPS	Instytut Badania Rynku i Opinii Millward Brown SMG/KRC i zespół badawczy SWPS	zespół badawczy SWPS
Efekty: ▪ Uporządkowana na podstawie 16 ekspertyz wiedza o różnych obszarach funkcjonowania grup ONR i ONS na tle ONP ▪ Opracowany psychometrycznie kwestionariusz do badań sondażowych KBS (moduł 1) ▪ Opracowane zasady prowadzenia szkoleń dla osób prowadzących badania sondażowe ▪ Zrealizowane badania w 8 modułach badawczych ▪ Przygotowane raporty prezentujące wyniki, wnioski i wstępne rekomendacje w 8 modułach badawczych Upowszechnianie wyników projektu: ▪ Udostępnione na stronie internetowej projektu wybrane wyniki badań w 8 modułach badawczych ▪ Artykuły naukowe i popularno-naukowe	Efekty: ▪ Dobrana do badań próba 100 tys. ON reprezentatywna dla populacji ON ▪ Przeszkolony zespół ankie-terów realizujących badania sondażowe ▪ Przeprowadzone badania na próbie 100 tys. ON ▪ Wyniki surowe opracowane wg wzorca przygotowanego przez ZB SWPS Upowszechnianie wyników projektu: ▪ Przygotowanie monograficznego numeru czasopisma <i>Polish Psychological Bulletin</i> ▪ Przygotowanie 11 monografii oraz 2 prac zbiorowych, prezentujących efekty badań prowadzonych w ramach modułów 2–8 w etapie 1 ▪ Artykuły naukowe ▪ Prezentacje na konferencjach naukowych i konferencjach organizacji pozarządowych	Efekty: ▪ Opracowany raport z badań sondażowych oraz wnioski i rekomendacje z nich wynikające ▪ Opracowane całościowe rekomendacje – integracja rekomendacji z etapu pierwszego i drugiego Upowszechnianie wyników projektu: ▪ Przygotowanie prezentacji wyników analiz z etapu 1 i etapu 2 na stronę internetową projektu ▪ Przygotowanie prezentacji na konferencję podsumowującą projekt w kwietniu 2010 roku ▪ Artykuły naukowe w czasopiśmie psychologicznych i socjologicznych ▪ Monograficzny numer czasopisma <i>Polityka Społeczna</i> ▪ Dwie prace zbiorowe przygotowane przez autorów ekspertyz ▪ Przygotowane materiały do wszczęcia sześciu przewo- dów doktorskich w SWPS

Źródło: opracowanie Anna I. Brzezińska.

Dodatkowo zaplanowano wykonanie 16 ekspertyz, przygotowywanych przez specjalistów i opiniowanych przez zewnętrznych recenzentów (*blind review*), a dotyczących różnych problemów związanych z funkcjonowaniem osób niepełnosprawnych, szczególnie z grup ONR i ONS. Ekspertyzy zostały wykorzystane jako pomoc w ustaleniu kryteriów i zasad doboru osób do grup porównawczych: ONP–ONR–ONS w etapie I, wyselekcjonowaniu pytań do kwestionariusza badań sondażowych (KBS) w etapie II, a także w ocenie traf-

ności przyjętych założeń i zastosowanych narzędzi oraz słuszności wstępnych rekomendacji w każdym module badawczym.

Podstawowym celem całego projektu, oprócz identyfikacji ilościowej, była zatem – w wymiarze badawczym – pogłębiona diagnoza sytuacji, nastawiona na genezę problemu oraz wykrycie mechanizmów psychologicznych, powiązanych bądź nawet determinujących aktualną sytuację psychospołeczną osób z ograniczeniami sprawności, szczególnie z grup ONR i ONS.

Hipotezy

Nasze podstawowe hipotezy skupiały się na specyficznej sytuacji osób z rzadko występującymi ograniczeniami sprawności i niepełnosprawnością sprzężoną (złożoną), która może wywoływać poczucie wyrażonej odmienności w grupie niepełnosprawnych. W życiu codziennym osoby te mogą doświadczać specyficznych problemów, wynikających na przykład z braku wiedzy medycznej, niskiej świadomości najbliższych czy braku odpowiednich rozwiązań systemowych. Borykają się także z problemem „sierocych” procedur medycznych, w tym konieczności zażywania sierocych leków (*orphan drugs*). Przypuszczaliśmy zatem, iż marginalizacja i wykluczenie społeczne, a także autodyskryminacja i dyskryminacja w różnych dziedzinach życia, w stopniu najwyższym dotyczą grupy osób niepełnosprawnych z rzadko występującymi postaciami niepełnosprawności, w tym/lub z niepełnosprawnościami sprzężonymi.

Przypuszczaliśmy też, że czynniki zaradcze tkwią w zrównoważonej interakcji jednostki z otoczeniem. Pomoc nie zrównoważona, nieuwzględniająca relacji między rodzajem i jakością zasobów osobistych a rodzajem i jakością zasobów społecznych (bogactwo vs. ubóstwo oraz ich heterogeniczność vs. homogeniczność) nasila tendencje dyskryminacyjne i autodyskryminacyjne. Może też zwrótnie utrudnić inkluzję społeczną, która wiąże się nie tylko z dostępem do różnych dóbr czy równością szans, lecz także z jakością funkcjonowania osób niepełnosprawnych w systemie edukacji i na rynku pracy. Innymi słowy, pomoc nie zrównoważona i nieadekwatna (wobec z jednej strony zasobów tych osób, a z drugiej – ich specyficznych potrzeb) nie może być efektywna.

Beneficjenci projektu

Bezpośrednimi beneficjentami projektu są instytucje związane z projektowaniem i realizacją działań w obszarze polityki społecznej wobec osób niepełnosprawnych (ON) na szczeblu centralnym, regionalnym i lokalnym. Jednakże beneficjentami ostatecznymi – w dłuższej perspektywie – są jako grupa docelowa osoby z różnymi ograniczeniami sprawności.

Badania na pierwszym etapie dotyczyły osób w wieku 18–60 (kobiety) i 18–65 (mężczyźni) lat oraz porównawczo osób w grupach 15–17 lat i 60/65–75 lat dobieranych według zasad doboru celowego. Na etapie drugim w ogólnopolskich badaniach masowych zasadniczą grupę stanowiły osoby w wieku aktywności zawodowej (produkcyjnym), to jest od ukończonego 15. do ukończonego 60. (kobiety) i ukończonego 65. (mężczyźni) roku życia, a porównawczo – dzieci do ukończenia 15 lat oraz osoby po 60./65. roku życia.

Obszary badań i narzędzia badawcze w etapie I

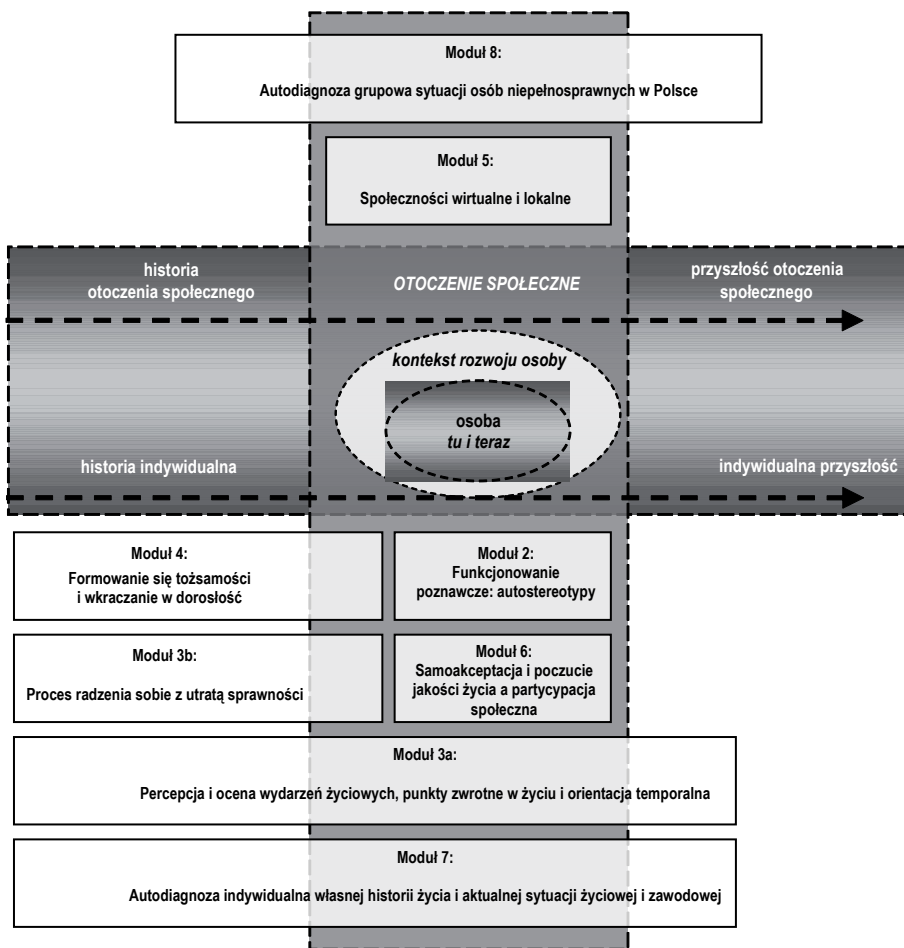
W każdym module stosowano odmienne, specjalnie – ze względu na cele modułu – opracowane narzędzia badawcze. Była to albo adaptacja narzędzi stosowanych w innych krajach, albo własna konstrukcja. Relacje między obszarami badanymi w poszczególnych modułach na I etapie projektu pokazuje rycina 1.

- **Moduł 1. Kwestionariusz KBS:** konstrukcja kwestionariusza do badań sondażowych (KBS) oraz przeprowadzenie badań prepilotażowych ($n = 50$), pilotażowych 1^o ($n = 2\ 300$) i pilotażowych 2^o ($n = 10$ i $n = 50$) osób niepełnosprawnych; kwestionariusz zawierał moduły dotyczące cech gospodarstwa domowego, cech osoby niepełnosprawnej (w tym blok dotyczący rodzaju i poziomu, momentu nabycia oraz przyczyn niepełnosprawności), sytuacji psychospołecznej, w tym edukacyjnej i zawodowej oraz systemu wsparcia;
- **Moduł 2. Funkcjonowanie poznawcze – autostereotypy:** badanie przebiegało w trzech etapach i dotyczyło za każdym razem osób z grup ONP, ONR i ONS: (1) $n = 120$ osób: diagnoza treści i wymiarów autostereotypów; (2) $n = 90$ osób: rozpoznanie wpływu aktywizacji autostereotypu na funkcjonowanie poznawcze i emocjonalne; (3) $n = 60$ osób: badanie skuteczności programów interwencyjnych wspierających funkcjonowanie społeczne, poznawcze i emocjonalne osób z ograniczoną sprawnością;
- **Moduł 3a. Historia życia, punkty zwrotne i trajektorie życiowe:** przebadano łącznie 430 osób, w tym 315 osób z ograniczeniami sprawności i 115 osób sprawnych; kluczowym kryterium doboru był wiek badanych, których dobierano do trzech grup: wczesna dorosłość (23–39 lat; $n = 105$ ON oraz $n = 40$ OS); środkowy okres dorosłości (41–60 lat; $n = 112$ ON oraz $n = 39$ OS); późna dorosłość (61–85 lat; $n = 98$ ON oraz $n = 36$ OS). W przeprowadzonych badaniach wykorzystano kwestionariusze do oceny poczucia punktualności wydarzeń życiowych i orientacji temporalnej oraz wywiad kliniczny ze skalami szacunkowymi, który służył do badania punktów zwrotnych w życiu.
- **Moduł 3b. Radzenie sobie z utratą sprawności:** zastosowano dwa kryteria doboru osób do badań: niepełnosprawność nabyta 6–10 lat temu lub 0–5 lat temu oraz aktualne uczestnictwo w procesie aktywizacji zawodo-

wej; łącznie przebadano 274 osoby z ograniczeniami sprawności, w tym ONP: n = 91 osób, ONR: n = 92 osób i ONS: n = 91 osób oraz n = 120 osób sprawnych; zastosowano baterię siedmiu standaryzowanych kwestionariuszy, dwa autorskie kwestionariusze oraz wywiad kliniczny.

- **Moduł 4. Formowanie się tożsamości i wkraczanie w dorosłość:** łącznie przebadano 995 osób, w tym n = 528 osób w grupie ON oraz n = 467 osób w grupie OS; wszystkie badane osoby były w wieku od 18 do 35 lat; zastosowano baterię trzech kwestionariuszy, w tym jeden po przekładzie i adaptacji kulturowej; kwestionariusze przygotowano w wersji komputerowej lub papierowej – do wyboru przez osobę badaną.
- **Moduł 5. Społeczności lokalne i wirtualne:** przebadano łącznie 80 osób, w tym n = 60 osób z ograniczeniami sprawności (ONP, ONR i ONS) oraz n = 20 osób sprawnych; zastosowano indywidualny wywiad narracyjny według przygotowanych i zweryfikowanych w badaniu pilotażowym dyspozycji; analiza danych została przeprowadzona z wykorzystaniem procedury otwartego kodowania (z użyciem pakietu do komputerowego wspomaganie analiz jakościowych *Maxqda2007*).
- **Moduł 6. Samoakceptacja, poczucie jakości życia i partycypacja społeczna:** przebadano łącznie 120 osób (ONP, ONS, ONR i OS); zastosowano pogłębione wywiady indywidualne, wywiady w diadach, osiem zogniskowanych wywiadów grupowych z udziałem osób bliskich dla ON, zaproszonych przez nie same, oraz skróconą wersję *Kwestionariusza Samooceny* A. I. Brzezińskiej i P. Krzywickiego; analiza danych została przeprowadzona z wykorzystaniem procedury otwartego kodowania (z użyciem pakietu do komputerowego wspomaganie analiz jakościowych: *Maxqda2007*).
- **Moduł 7. Autodiagnoza indywidualna – autonarracje:** przebadano łącznie 67 osób z ograniczoną sprawnością, w tym osoby z rzadkimi i sprzężonymi ograniczeniami sprawności; za pomocą indywidualnych, częściowo strukturalizowanych, pogłębionych wywiadów od każdej osoby uzyskano opowieść (narrację) o jej historii życia; narracje te poddano analizie z punktu widzenia stylów przywiązania w okresie dzieciństwa i aktualnie; ponadto w badaniu wykorzystano techniki projekcyjne, skale szacunkowe i baterie arkuszy roboczych własnego autorstwa.
- **Moduł 8. Autodiagnoza grupowa – fokusy:** zogniskowany wywiad grupowy dotyczący sytuacji życiowej osób niepełnosprawnych; badanie miało charakter eksperymentalny (połowa grup poddawana była treningowi umiejętności komunikacji interpersonalnej) z pre- i posttestem; grupy uczestniczące w badaniach były homogeniczne lub heterogeniczne pod względem płci oraz niepełnosprawności – osoby z różnymi rodzajami niepełnosprawności (ONP, ONR i ONS) *versus* różne rodzaje niepełnosprawności i osoby sprawne (ON i OS); łącznie badanie objęło 113 osób: 20 grup – od czterech do ośmiu osób w każdej grupie.

Zakończeniem działań w każdym module było przygotowanie raportu z badań z wnioskami i założeniami do projektu rekomendacji dla instytucji realizujących politykę społeczną na różnych szczeblach i tworzących programy wsparcia dla osób z ograniczeniami sprawności, zgodnie z przygotowanymi wcześniej i zweryfikowanymi przez sędziów kompetentnych ramowymi zaleceniami.



Ryc. 1. Badane obszary i powiązania między nimi: perspektywa horyzontalna (kontekst czasu) i wertykalna (kontekst otoczenia)

Źródło: opracowanie Anna I. Brzezińska.

Obszary badań i narzędzia badawcze w etapie II

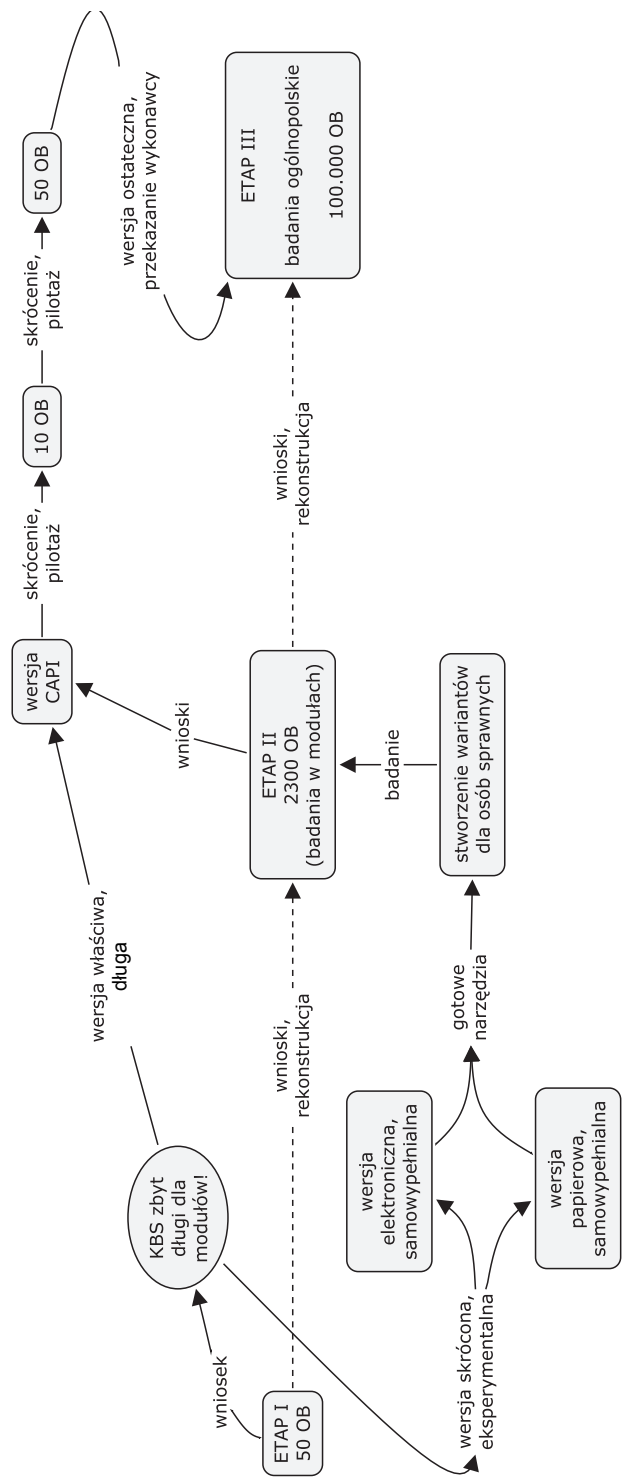
Narzędzie badań – kwestionariusz KBS

KBS to narzędzie opracowane przez członków Zespołu Badawczego SWPS na potrzeby badań: na etapie I – w poszczególnych modułach oraz na etapie II – w ogólnopolskim badaniu sondażowym na próbie 100 tysięcy osób niepełnosprawnych. Badania pilotażowe przeprowadzone z użyciem wyjściowej – pełnej – wersji kwestionariusza KBS pokazały, że średni czas jego wypełniania wynosił 60 minut, w dodatku przy założeniu prowadzenia wywiadu metodą CAPI (*Computer Assisted Personal Interviewing*) z udziałem i przy pomocy ankietera. W związku z tym skonstruowano specjalną, skróconą wersję kwestionariusza KBS specjalnie na potrzeby badań modułowych na I etapie projektu (ryc. 2). W tej wersji kwestionariusz składał się z 31 pozycji, a czas badania wynosił średnio 15 minut.

Obie wersje – dłuższa i krótsza – pozwalały na uzyskanie danych metryczkowych oraz szczegółowych informacji na temat niepełnosprawności (m.in. rodzaju i stopnia niepełnosprawności, wieku nabycia niepełnosprawności, jej odczuwanych skutków i doświadczanych w związku z tym problemów), aktywności społecznej, otrzymywanego wsparcia, pracy zawodowej, edukacji, satysfakcji z życia i stosunku do siebie oraz do własnych ograniczeń sprawności.

Kwestionariusz KBS w finalnej wersji składał się ze 121 pytań. Podzielony był na dwie części, które (w przypadku ankiety papierowej – PAPI) są od siebie fizycznie oddzielone. Są to części dotyczące gospodarstwa domowego (część I KBS) oraz pogłębiony wywiad indywidualny (część II KBS). Dodatkowo część dotycząca gospodarstwa domowego zawiera ruchomy moduł odnoszący się do osoby niepełnosprawnej, z którego pytania zadaje się – lub nie – w zależności od wieku i stanu psychofizycznego osób niepełnosprawnych zamieszkujących gospodarstwo domowe (szczegółowy opis warunków, na jakich się to dzieje, zawierał załącznik do kwestionariusza). W związku z tym można mówić o trzech podstawowych modułach kwestionariusza, które wyznaczają jego strukturę:

- (1) Oznaczenie gospodarstwa domowego – część I KBS
 - 1a1. Gospodarstwo indywidualne lub
 - 1a2. Gospodarstwo zbiorowe
- (2) Wywiad skrócony: oznaczenie osoby niepełnosprawnej – część I KBS
 - 1b. Cechy niepełnosprawności
 - 1c. Cechy osoby niepełnosprawnej
- (3) Wywiad pogłębiony – część II KBS
 - 2a. Cechy niepełnosprawności
 - 2b. Cechy osoby niepełnosprawnej
 - 2c. Cechy psychospołeczne
 - 2d. Rynek pracy



Ryc. 2. Etapy konstruowania kwestionariusza KBS

Źródło: opracowanie Kamil Sijko.

Uwaga: linie przerywane – pierwotny plan pracy; linie ciągłe – tok pracy wykonanej w rzeczywistości.

W badaniu na próbie ogólnopolskiej narzędzie podzielone zostało na dwie części: 1) blok dotyczący gospodarstwa domowego oraz 2) część indywidualną. Część pierwsza była realizowana tylko raz w każdym gospodarstwie domowym, a część indywidualną przeprowadzano z każdą osobą niepełnosprawną w opisywanym gospodarstwie domowym. Z uwagi na przewidywane trudności komunikacyjne związane z niepełnosprawnością dozwolona była realizacja fragmentu części indywidualnej przy udziale opiekuna lub nawet wyłącznie z opiekunem osoby niepełnosprawnej.

Harmonogram II etapu projektu

Badania w etapie II zostały zrealizowane w 12 krokach.

1. 15.06.2009: spotkanie rozpoczynające współpracę wykonawcy z zamawiającym – uzgodnienie zasad współpracy, przekazanie wykonawcy wzoru narzędzia badawczego oraz materiałów pomocniczych.
2. 03.07.2009: wstępny *Raport metodologiczny*, zawierający koncepcję badawczą, opis materiałów oraz narzędzi badawczych, zakres odpowiedzialności poszczególnych uczestników projektu, a także szczegółową prezentację metodologii badawczej i sposobu doboru próby.
3. Od 03.07 do 06.07.2009: przygotowanie narzędzi badawczych i materiałów pomocniczych.
4. 03.07.2009: rozpoczęcie dwufazowego procesu szkolenia Zespołu Badań Terenowych, odpowiedzialnego za terenową realizację projektu.
5. Od 10.07.2009: organizacja badania na poziomie oddziałów terenowych.
6. Od 17.07.2009: realizacja terenowa wywiadów ankierskich.
7. 31.07.2009: rozpoczęcie kontroli terenowej.
8. 07.08.2009: przekazanie danych z pierwszego międzyspywu.
9. 16.10.2009: przekazanie danych z drugiego międzyspywu.
10. 18.11.2009: zakończenie kontroli.
11. 11.12.2009: zakończenie realizacji badania (faza terenowa).
12. 14.12.2009: przekazanie bazy danych.

Dobór i struktura zrealizowanej próby

Próba w badaniu ogólnopolskim na etapie II obejmowała 100 tysięcy osób niepełnosprawnych dobranych z zachowaniem reprezentatywności na obszarze całego kraju z uwzględnieniem wszystkich powiatów. Wobec braku ogólnopolskiego spisu osób niepełnosprawnych, mogącego stanowić operat losowania próby, za podstawę badania przyjęto dane dotyczące populacji wszystkich mieszkańców Polski. Reprezentatywność próby osiągnięto przez zastosowanie losowego doboru respondenta w badaniu. Do celu badania wylosowano 100 tysięcy adresów startowych służących za podstawę poszukiwań osób niepełnosprawnych techniką *random route* (ustalonej ścieżki). Operatem loso-

wania adresów był rejestr PESEL, administrowany przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji. Warstwowanie próby oparto na rozkładzie populacji mieszkańców Polski, podanym przez GUS na dzień 30 czerwca 2008 roku, czyli na najbardziej aktualnym rozkładzie dostępnym w dniu badania.

Zgodnie z przyjętymi założeniami, na podstawie powyższych danych dokonano warstwowania próby z uwzględnieniem powiatów i wydzielonych w ich ramach wsi i miast. Procedura ta pozwoliła na uzyskanie losowej, ogólnopolskiej próby adresowej o liczebności 100 tysięcy adresów, uwzględniającej warstwowanie terytorialne w podziale na warstwę wsi i miast w każdym powiecie w skali kraju. Wyznaczone adresy startowe były bazą do doboru respondentów. Technika ta jest powszechnie stosowana¹ i ugruntowana w badaniach społecznych w sytuacjach braku operatu losowania próby osób o określonych cechach (np. osób o określonych zainteresowaniach bądź statusie finansowym).

Przyjęta technika *random route* sprowadza się do odwiedzania kolejno wszystkich mieszkań (domów), poczynawszy od wskazanego adresu, zgodnie ze ściśle określoną regułą poruszania się w terenie, polegającą na przechodzeniu do kolejnego mieszkania znajdującego się po prawej stronie od drzwi mieszkania opuszczanego przez ankietera. Zasada ta nie pozostawia ankietarowi możliwości żadnego wyboru. Procedura powtarza się w kolejnych mieszkaniach aż do odnalezienia osoby spełniającej kryteria doboru – w tym przypadku osoby niepełnosprawnej (biologicznie lub prawnie).

Kwalifikacja respondenta do badanej zbiorowości odbywała się na podstawie pytań o niepełnosprawność biologiczną lub prawną. Były to pytania w kwestionariuszu w części dotyczącej GD – gospodarstwa domowego:

- „Czy z powodu problemów zdrowotnych ta osoba ma ograniczoną zdolność wykonywania codziennych czynności trwającą sześć miesięcy lub dłużej?”;
- „Czy posiada ważne orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne?”.

Ankietrzy zostali wyposażeni w instrukcję doboru osób niepełnosprawnych do badania, stanowiącą uściślenie ogólnej instrukcji *random route*, pozwalającą na prawidłowe dobranie poszczególnych osób. Przeprowadzono też szkolenie ze wszystkimi ankietarami biorącymi udział w badaniu.

Uwagi końcowe

Wnioski z badań przeprowadzonych we wszystkich modułach nr 2–8 były podstawą do interpretacji prawidłowości wykrytych w odniesieniu do różnych podgrup ONR i ONS na etapie II. Z kolei wstępne rekomendacje w modułach

¹ Patrz: P. Sztabiński, Z. Sawiński, F. Sztabiński (red.). (2005). *Fieldwork jest sztuką*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk; W.G. Ochrana (1977). *Sampling techniques*. New York: John Wiley and Son.

2–8 były weryfikowane na podstawie rekomendacji opracowanych w oparciu o wnioski z badań na etapie II. Projekt zakończył się opracowaniem pakietu rekomendacji dla ogólnokrajowej strategii na rzecz zwiększenia aktywności społeczno-zawodowej osób niepełnosprawnych, szczególnie z grup ONR i ONS.

Projekt został przygotowany i zrealizowany przez zespół psychologów różnych specjalności (psychologia rozwoju i edukacji, kliniczna i zdrowia, społeczna, międzykulturowa, pracy i organizacji), socjologów i metodologów (w zakresie planowania i realizacji badań w naukach społecznych). Zespół badawczy konsultował swoje działania ze specjalistami z następujących dziedzin: psychologia rehabilitacji, socjologia zdrowia, psychiatria, geriatria, gerontologia społeczna, kognitywistyka, w tym neurokognitywistyka i językoznawstwo kognitywne, statystyka, matematyka i informatyka. Wszyscy członkowie zespołu badawczego na czas trwania projektu byli zatrudnieni w Szkole Wyższej Psychologii Społecznej w Warszawie jako pracownicy naukowo-badawczy.

**The description of a systemic research project funded by
the European Union – N° WND-POKL-01.03.06-00-041/08
titled: *A national study of the situation, needs and
opportunities of persons with disabilities in Poland***

Anna Izabela Brzezińska, Piotr Rycielski, Kamil Sijko, Jacek Pluta

Project overview

Research Project Timetable:

1 December 2008 – 31 May 2010

Research Project Leader:

State Fund for Rehabilitation of the Disabled People Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, PFRON

The representative of the Research Project Leader: Jacek Pluta, PhD, University of Wrocław, Institute of Sociology

Scientific Partner:

Warsaw School of Social Sciences and Humanities Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie, SWPS

SWPS Research Team Coordinator: Professor Anna Izabela Brzezińska, PhD

Project details: www.aktywizacja2.swps.pl

The overall aim of the project

The overall aim of the project is to set out recommendations for the National Strategy to increase social and vocational activity of people with rare disabilities (ONR), including multiple disabilities (ONS) according to a diagnosis made on a sample of 100,000 persons with disabilities, as well as to set out recommendations for the Human Capital – Operational Programme (*part of the National Strategic Reference Framework*), *Disability Action Plan for Priority I: Employment and Social Integration*

Detailed objectives of the project

1. To conduct a comparative analysis of the legal regulations concerning people from the ONR and ONS groups in Poland, the EU and worldwide in order to determine fundamental actions needed, on the one hand, to prevent marginalisation and, on the other hand, to facilitate inclusion of those groups.

2. To assess the number of people with rare forms of disabilities (ONR) as well as multiple disabilities (ONS) on the basis of a national study sample of 100,000 people with disabilities participating in the study.
3. To classify the causes of rare and multiple forms of disability for both these groups (ONR and ONS) and to compare them with the causes of the remaining forms of disability.
4. To identify the characteristics of persons from the ONR and ONS groups compared to the whole group of people with disabilities participating in the study: socio-demographic factors, self-perceived economic situation, self-perceived health condition, personality factors, social capital, educational activity, vocational activity.
5. To assess the quality of life and the feeling of quality of life of people from the ONR and ONS groups in comparison with the whole group of people with disabilities participating in the study.
6. To carry out a comprehensive diagnosis of psychosocial situation of the ONR and ONS groups compared to the whole group of people with disabilities participating in the study.
7. To identify key factors influencing the quality of life and the feeling of quality of life in both groups, including the identification of the following:
 - a. specific factors, characteristic of the ONR group,
 - b. specific factors, characteristic of the ONS group,
 - c. factors common to both groups but different from the factors characteristic of the remaining groups of persons with disabilities,
 - d. non-specific, general factors, which are essential for the quality of life and the feeling of quality of life irrespective of the type/level of disability.
8. To identify sets of factors:
 - a. which protect against marginalisation and social exclusion,
 - b. which increase the risk of marginalisation and social exclusion for people from the ONR and ONS groups.
9. To identify sets of factors:
 - a. which are conducive to social inclusion,
 - b. which impede inclusion of persons from the ONR and ONS groups in the education system and the labour market.
10. To draw up development rules of action programmes aimed at facilitating the return to the labour market for people from the ONR and ONS groups, and to propose rules to streamline the procedures of spending public financial resources on the needs of these groups.
11. To develop a framework of research projects devoted to analysing the determinants and mechanisms of exclusion and inclusion of people from the ONR and ONS groups within – specifically open – labour market.

Project structure

The research project was implemented in three stages:

- | | |
|-------------------------------------|--|
| I. 1 December 2008 – 30 June 2009 | Detailed extensive individual research |
| II. 1 July 2009 – 31 December 2009 | A National Sample Survey |
| III. 1 January 2010 – 31 March 2010 | Outcome analysis and recommendations |

The first stage of the research consisted of nine independent modules, using distinct research methods. All the modules used the same research subjects; persons with most prevalent types of disability (ONP), persons with rare disabilities (ONR), individuals with multiple disability (ONS) and – as a control group – non-disabled people (OS). At this stage subjects were selected following a purposive sampling on the basis of a number of criteria determined individually for each module and verified by experts. The description of the modules adopted for the first stage of the project is available on the project's website: www.aktywizacja2.swps.pl.

Two main objectives of the first stage of the project were: a detailed diagnosis of resources, both individual and concerning the environment in which persons with disabilities function, as well as developing and piloting a questionnaire which was employed at the second stage of the project. The main aim of the second stage was to assess the frequency of prevalence of rare and multiple disability and determine territorial saturation of the phenomenon at the poviats level (NUTS 4). Finally, the third stage was devoted to the integration of the research results from the previous stages and proposing a number of recommendations for persons and institutions involved in implementation of programmes targeting people with disabilities, with a special emphasis laid on the ONR and ONS groups and subgroups.

Additionally, 16 expert opinions concerning various issues relating to the functioning of the disabled, especially those from the ONR and ONS groups, were submitted by specialists and subjected to blind reviews. The opinions were helpful in determining criteria and selection procedures for the control groups (ONP – ONR – ONS) during stage I, selecting questions for a questionnaire survey (KBS) at stage II and in assessing the accuracy of assumptions and instruments used as well as the pertinence of the initial recommendations presented in each research module.

Thus, the basic objective of the project, apart from quantitative identification, was – in research dimension – a detailed diagnosis of the situation, aimed at determining the genesis of the problem and discovering psychological mechanisms which are linked to or even responsible for the present situation of persons with disabilities, especially those from the ONR and ONS groups.

Tab. 1. Research stages and activities

Stage I	Stage II	Stage III
December 2008 – June 2009	July 2009 – December 2009	January – March 2010
SWPS Research Team	Millward Brown SMG/KRC and SWPS Research Team	SWPS Research Team
Effects: ▪ Knowledge of various areas of functioning of ONR and ONS in relation to ONP systemized by expert opinions ▪ Psychometric survey questionnaire KBS (module 1) ▪ Established rules of conducting training for people carrying out surveys ▪ Research conducted in 8 modules ▪ Reports presenting results, conclusions, initial recommendations in 8 research modules Dissemination of project results: ▪ Selected research results from 8 modules available on the project's website ▪ Scientific and popular scientific articles	Effects: ▪ A representative sample of 100,000 ON selected for the research ▪ Trained survey team to conduct the survey ▪ Survey conducted on the sample of 100,000 of ON ▪ Raw results drawn up according to a model prepared by SWPS research team Dissemination of project results: ▪ Preparation of a monograph for <i>Polish Psychological Bulletin</i> ▪ Preparation of 11 monographs and 2 collective papers presenting research results from modes 2–8 at stage I ▪ Scientific articles ▪ Presentations given at scientific and NGO conferences	Effects: ▪ Report from the survey and conclusions and recommendations resulting from it ▪ Comprehensive recommendations – integration of the stage I and stage II recommendations Dissemination of project results: ▪ Preparation of the analyses results from stage I and II to be presented on the project's website ▪ Preparation of the presentation to be given during a conference summarizing the project in April 2010 ▪ Scientific articles in psychological journals ▪ Monographic edition of the journal <i>Polityka Społeczna (Social Politics)</i> ▪ Two collective papers prepared by the experts providing opinions ▪ Materials collected to be used in six doctoral dissertations at SWPS

Hypotheses

Our primary hypotheses focused on a specific situation of people with rare and multiple disabilities, which may lead to experiencing a sense of distinctness within a group of people with disabilities in general. In everyday life they may encounter specific problems resulting from, for instance, lack of medical knowledge, low awareness of their relatives or absence of certain systemic solutions. They also have to cope with the problem of being subjected to “orphan” medical procedures, including the necessity to take so called orphan drugs. Therefore, we assume that rare disabilities and/or multiple disabilities can lead to marginalisation, social exclusion, self-discrimination and discrimination present in various domains of life. We also posit that remedial measures consist in sustainable interaction of the individual with the environment. Unsustainable aid which does not take into consideration

the relation between the type and quality of personal resources and the kind and quality of social resources (wealth vs. poverty and their heterogeneity vs. homogeneity) intensifies discriminatory and self-discriminatory tendencies. It may also further impede social inclusion, which is related not only to the accessibility of various resources or equal opportunities but also to the quality of functioning of the disabled in the educational system and the labour market. In other words, unsustainable and inaccurate help (as far as the resources and specific needs of those persons are concerned) cannot be effective.

Project beneficiaries

The immediate beneficiaries of the project are institutions involved in developing and implementing actions in the area of social policy targeting the disabled (ON) at a central, regional and local level. However, the ultimate beneficiaries – in the long term – are people with various types of disabilities. The first stage of the research concerned people from the age groups 18–60 (women) and 18–65 (men) compared with control age groups 15–17 and 60/65–75 chosen following the procedure of purposive sampling. People at working age, i.e. from 15 to 60 years of age (women) and to 65 years of age (men), and – as a control group – children below 15 and people above 60/65 constituted the main group at the second stage in a nationwide mass research programme.

The results of groups at high risk of double exclusion (disability + age and/or gender and/or minority status and/or level/type of disability), which hence require a so called cross-cutting approach¹, were analysed particularly thoroughly.

Area of research and research instruments – stage I

Each module exploited different research instruments – they were either adjusted or constructed especially for the module. The sample size and the criteria of purposive sampling also varied.

- **Module 1: KBS questionnaire:** drawing up a survey questionnaire (KBS) and conducting a pre-pilot study (n = 50), 1^o pilot study (n = 2,300) and 2^o pilot study (n = 10 and n = 50) followed by the final study on the national sample (n = 100,000) of persons with disabilities; the questionnaire contained modules concerning household features, the features of the person (including a section devoted to the type and level of the disability, its causes

¹ Pursuant to the document: *Council of Europe, Committee of Ministers, Recommendation Rec (2006) 5 of the Committee of Ministers to member states on the Council of Europe Action Plan to promote the rights and full participation of people with disabilities in society: improving the quality of life of people with disabilities in Europe 2006–2015 (adopted by the Committee of Ministers on 5 April 2006 at the 961st meeting of Ministers' Deputies)* – cp. p. 67–72.

and the moment of its onset) and his or her psychosocial situation, including education and vocation as well as the support system;

- **Module 2: *Cognitive functioning – self-stereotypes***: the survey consisted of three stages and each stage focused on persons from the ONP, ONR, and ONS groups: (1) n = 120 subjects: the diagnosis of self-stereotypes, their meaning and dimensions, (2) n = 90 subjects: the identification of the extent of the impact of the activation of self-stereotypes on cognitive and emotional functioning; (3) n = 60 subjects: effectiveness evaluation of intervention programmes which endorse social, cognitive and emotional functioning of persons with limited abilities;
- **Module 3a: *Life history, turning points and life trajectories***: a total number of 430 persons were studied, of whom 315 had limited abilities and 115 had no disabilities; the key selection criterion was the age of the subjects, who were divided into three groups: early adulthood (23–39 years; n = 105 ON and n = 40 OS); middle adulthood (41–60 years; n = 112 ON and n = 39 OS); late adulthood (61–85 years; n = 98 ON and n = 36 OS). In the survey questionnaires were used, by means of which participants assessed their sense of timing of life events and temporal orientation. Additionally, we conducted a clinical interview with evaluation scales which served to investigate so called turning points in life;
- **Module 3b: *Coping with loss of ability***: two selection criteria were applied – disability acquired 6–10 years prior to the study or 0–5 years prior to the study as well as present participation in a vocational activation process; the total number of 274 persons with limited abilities participated in the study, of whom ONP subgroup: n = 91 participants, ONR subgroup: n = 92 participants and ONS subgroup: n = 91 participants and n = 120 persons without disabilities; seven standardised questionnaires, two proprietary questionnaires and a clinical interview were used;
- **Module 4: *Forming of identity and entering adulthood***: a total number of 995 persons participated in the study, of whom n = 528 subjects in the ON group and n = 467 subjects in the OS group; all subjects were between 18 and 35 years of age; three questionnaires were used, including one which underwent translation and cultural adaptation; the questionnaires were prepared in electronic and paper version – to be chosen by the subjects;
- **Module 5: *Local and virtual communities***: a total number of 80 persons participated in the study: n = 60 persons with disabilities (ONP, ONR and ONS) and n = 20 non-disabled persons; an individual narrative interview, made according to instructions prepared and verified in a pilot study, was used; data analysis was carried out employing an open coding procedure (using the computer assisted qualitative data analysis software package *Maxqda2007*);
- **Module 6: *Self-acceptance, feeling of quality of life, and social participation***: a total number of 120 persons participated in the study (ONP,

ONS, ONR and OS); a number of interviews were conducted: detailed individual interviews, diad interviews, eight focused group interviews in which participated relatives of ON, who had been invited by the ON subjects; also, a shortened version of the *Self-assessment Questionnaire* by A. I. Brzezińska and P. Krzywicki was employed; data analysis was carried out using an open coding procedure (with the use of the computer assisted qualitative data analysis software package *Maxqda2007*);

- **Module 7: Individual self-diagnosis – auto-narrations:** a total number of 67 subjects with disabilities, including rare and multiple disabilities, participated in the study; as a result of individual, partially structured, detailed interviews each participant provided a story (narration) of his/her life; the narrations were then subjected to an analysis of attachment styles manifested in childhood and presently; moreover, projection techniques, assessment scales and proprietary worksheets were employed;
- **Module 8: Group self-diagnosis – FGI (focus group interview):** focused group interviews concerning the life situation of the disabled; the study is of an experimental nature (half of the groups undergo interpersonal communication skills training) and it is accompanied by pre- and post-tests; the groups taking part in the study are homogeneous or heterogeneous as far as their gender and disability is concerned – persons with various forms of disability (ONP, ONR and ONS) vs. disabled and non-disabled persons (ON and OS); the study encompasses 113 subjects divided into 20 groups – from 4 to 8 persons per group.

The relations between research areas in the modules of stage I are presented in fig.1. Each module ended with a report containing conclusions and assumptions for the recommendation project destined for institutions responsible for social policy at various levels and for the development of support programmes for people with disabilities, following a framework of recommendations, which were provided and verified by competent judges.

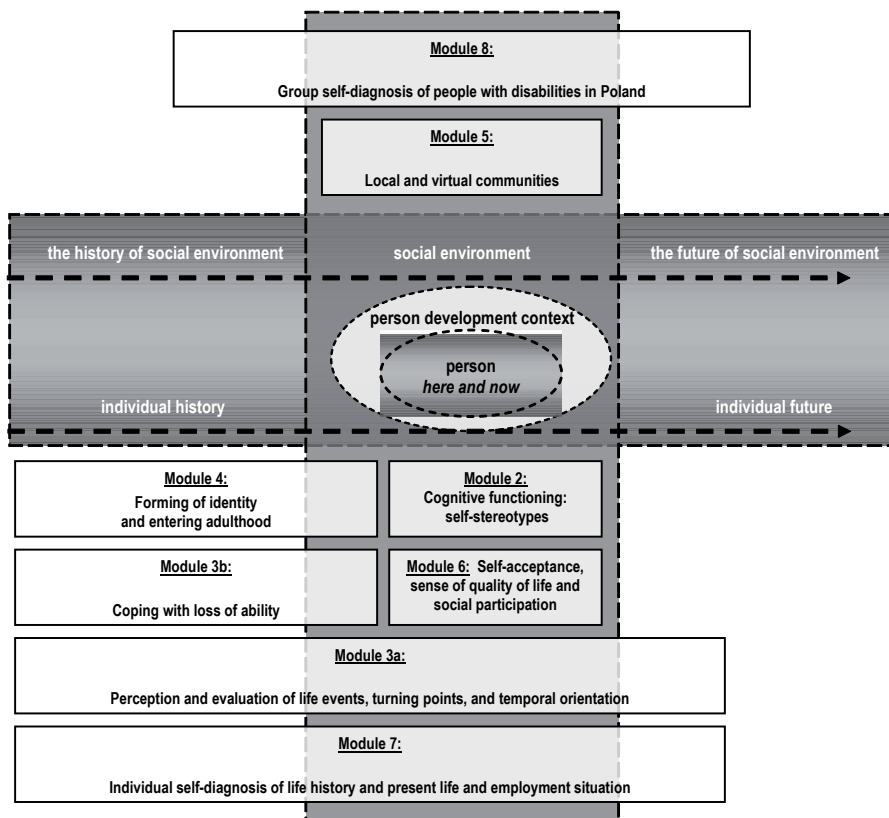


Fig. 1. Investigated areas and connections between them: horizontal (time context) and vertical perspective (environment context)

Area of research and research instruments – stage II

Research instrument – KBS questionnaire

KBS questionnaire is a research instrument designed by the members of the SWPS Research Team for the needs of the research at stage I – in all modules – and at stage II – in a nationwide survey on a sample of 100 thousand respondents with disabilities. A pilot study carried out using a full version of the KBS questionnaire revealed that the average time necessary to fill in the questionnaire was 60 minutes, assuming that it was completed using CAPI (*Computer Assisted Personal Interviewing*) method with the assistance of a research interviewer. Therefore, a modified, shortened version of the questionnaire was developed to be used in the modules at stage I (fig. 2). This modified version of the KBS questionnaire consisted of 31 items and the time necessary to complete the survey was, on average, 15 minutes.

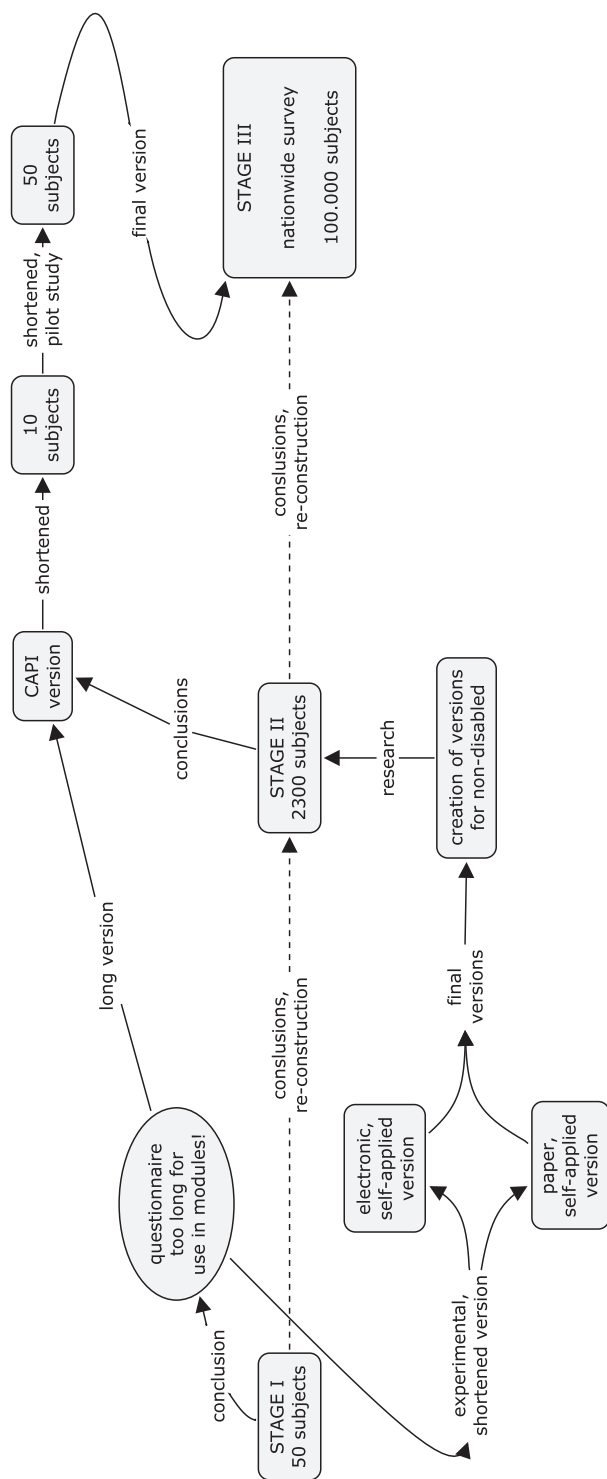


Fig. 2. Stages of questionnaire construction

by Kamil Sijko

Attention: dotted line – original work plan; continuous line marks the work actually carried out.

Both versions of the survey – the full and the shortened one – served as a means of obtaining so called social-demographic data and detailed information about disability (among others the type and the level of disability, the age of the onset of disability, the experienced effects and problems related to it), social activity, the support received, vocational activity, education, satisfaction with life, self-perceptions and one's own ability limitations.

The KBS questionnaire in its final version consisted of 121 questions from which 500 variables were derived. It was divided into two parts which (in the case of the paper version – PAPI) were physically separated. These were: a part concerning the household (KBS Part I) and an Individual In-Depth Interview (KBS Part II). Moreover, the part devoted to the household included an optional module concerning the disabled person, with questions which could be asked or omitted depending on the age and psychophysical state of the respondent living in the household (a detailed description of the conditions in which this procedure was to be applied was attached as an annex to the questionnaire). Thus, three basic modules of the questionnaire determining its structure may be identified:

- (1) information about household type – KBS Part I
 - 1a1. family household or
 - 1a2. non-family household (e.g. residential care homes)
- (2) Shortened interview: information about the disabled person – KBS Part I
 - 1b. Disability features
 - 1c. The characteristics of the person with disabilities
- (3) In-depth interview – KBS Part II
 - 2a. Disability features
 - 2b. The characteristics of the person with disabilities
 - 2c. Psychosocial features
 - 2d. Labour market

In the study on a nationwide sample the research instrument was divided into two parts: 1) a block devoted to the household and 2) an individual part. The first part was used only once in each household, whereas the individual part was employed for each disabled person in the household studied. Due to expected communicative difficulties linked to disability, it was permitted to complete the individual part with the assistance of the carer of the disabled person or with the carer alone.

Research project stage II timetable

Research was conducted in twelve steps.

1. 15.06.2009: the meeting commencing the cooperation between the SWPS Research Team and the Survey Contractor – establishing the rules of co-operation, presentation of the research instrument model and additional materials.

2. 03.07.2009: initial *Methodological Report*, containing the research concept, the description of the research materials and instruments, the extent of responsibility of individual project participants, as well as a detailed description of the methodology applied in the research and the mode of sample selection.
3. From 03.07.2009 to 6.07.2009: preparation of research instruments and additional materials.
4. From 03.07.2009: beginning of a two-stage training programme of the Fieldwork Research Team responsible for the field part of the project.
5. From 10.07.2009: organising the research at the field level.
6. From 17.07.2009: completing field survey.
7. From 31.07.2009: beginning of field inspection.
8. 07.08.2009: first data collection.
9. 16.10.2009: second data collection (submitted to the Commissioner).
10. 18.11.2009: end of inspection.
11. 11.12.2009: completion of research (field research stage).
12. 14.12.2009: submission of database.

The selection and the structure of the research sample

The sample in the Nationwide Study encompassed 100 000 persons with disabilities chosen from across the country and representing all poviats (NUTS 4). Because of lack of a national census of the disabled, which might have served as a sampling frame, it was decided that the data concerning the whole population in Poland would be used. The representativeness of the sample was achieved following a random sampling of respondents for the study. 100 000 addresses were selected serving as the foundation for the subsequent search for people with disabilities using the technique of *random route*. The sampling frame was drawn from the PESEL System (Universal Electronic System of Population Register) run by the Ministry of the Interior and Administration. Stratified sampling was based on the population distribution of Poles as noted by GUS (General Statistics Office) on 30 June 2008, i.e. the most recent population distribution available on the day of the research. It served as the basis of demographic estimations carried out by MB SMG/KRC in 2009.

Following the adopted assumptions, stratified sampling was conducted on the basis of the data discussed above, taking into consideration all poviats with villages and towns/cities located within their borders. This procedure allowed the researchers to obtain a random national sample of 100 000 persons, taking into account territorial distribution with the division into villages and towns/cities in each poviat in the country. The selected addresses constituted the basis for the selection of respondents. This technique is commonly used² and well-

² See: P. Sztabiński, Z. Sawiński, F. Sztabiński (red.). (2005). *Fieldwork jest sztuką*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN; W. G. Ochrane (1977). *Sampling techniques*. New York: John Wiley and Son.

founded in social studies when a sampling frame of persons with particular characteristics (e.g. people with particular interests, financial status, etc.) is not available.

The employed *random route* technique consists in visiting all flats (houses) starting with the address indicated – following the rules of operating in the field, which means visiting the house located to the right of the house the interviewer has just left. This rule leaves no scope for choice for the research interviewer. The procedure is repeated until a person meeting the selection criteria – in this case a disabled person (either biologically or legally) – is found.

Respondents were classified into the studied groups on the basis of questions about their biological or legal disability. These questions were included in the part of the questionnaire devoted to GD – the household:

- “Are everyday activities of the person limited for the duration of six months or more because of health problems?”
- “Does the person possess a valid disability certificate, a certificate stating the level of disability or an equivalent document?”

The interviewers received an instruction how to select disabled respondents, which was an extension of the general instruction concerning the *random route* method, allowing them to select the right respondents. Moreover, all interviewers participated in a training programme.

Final remarks

The conclusions of the research conducted in all modules 2–8 constituted the basis for an interpretation of regularities revealed in relation to various ONR and ONS subgroups at stage II. Furthermore, the initial recommendations in modules 2–8 were verified on the basis of recommendations developed as a result of the research conclusions made at stage II. Finally, the project ended with a series of recommendations for the national strategy to increase socio-vocational activity of the disabled, in particular those from the ONR and ONS groups.

The project was developed and implemented by a multidisciplinary team of psychologists specialising in various fields (developmental and educational psychology, health and clinical psychology, social psychology, intercultural psychology, occupational and organizational psychology), sociologists and methodologists (involved in planning and implementation of research in social sciences). The research team consulted their actions with persons specializing in psychology of rehabilitation, sociology of health, psychiatry, geriatrics, social gerontology, cognitivism, including neurocognitivism and cognitive linguistics, statistics, mathematics, and informatics. For the duration of the project all team members were employed at Warsaw School of Social Sciences and Humanities (SWPS) as academic researchers.

Streszczenie

Potrzeba bycia rozumianym. Komunikacja społeczna i funkcjonowanie w grupie osób z ograniczeniami sprawności

Słowa kluczowe: badanie ilościowo-jakościowe, *empowerment*, kapitał społeczny, kompetencje językowe, komunikacja społeczna, ograniczenie sprawności, potrzeba bycia rozumianym, profil komunikacyjny, teoria konfliktów, współpraca w grupie, zogniskowany wywiad grupowy.

W książce zaprezentowano wyniki autodiagnozy sytuacji życiowej i zawodowej osób z ograniczeniem sprawności. Większość badanych to osoby z ograniczeniem sprawności motorycznej. Badanie służyło uzyskaniu deklaratywnej wiedzy na temat funkcjonowania w społeczeństwie, a także obserwacji komunikacji społecznej i współpracy w grupie osób z ograniczeniem sprawności. Badanie miało charakter ilościowo-jakościowy. Aspekt ilościowy dotyczył analizy samopoczucia badanych, ewaluacji badania i statystyk zgłoszonych problemów, jak również formalnej charakterystyki wypowiedzi (analiza korpusu wypowiedzi wg reguł językoznawstwa kognitywnego). Na element jakościowy składały się analiza treści wypowiedzi i sposobu ekspresji. Teoretycznym tłem rozważań była teoria konfliktów i teoria kapitału społecznego. Za główny problem, z jakim borykają się osoby z ograniczeniem sprawności, uczestnicy badania uznali społeczny odbiór niepełnosprawności, a konkretnie nieznaną rzeczywistość życiowych problemów tych osób, w tym przede wszystkim potrzeby bycia rozumianym. Zgodnie z koncepcją Abrahama Masłowa żeby się rozwijać i samorealizować jednostka musi być rozumiana i musi rozumieć innych. Może się to dokonać m.in. poprzez budowanie satysfakcjonujących więzi społecznych. Najważniejszą rolę w tym procesie odegrywają komunikacja społeczna i współpraca w grupie. Działają one stymulująco na rozwój kapitału społecznego jednostki. Badanie pokazało, że o ile kompetencje językowe nie zależą od poziomu sprawności/niepełnosprawności, to sposób komunikowania się osób z ograniczeniem sprawności z innymi wykazuje pewne niepokojące właściwości. Wnioski płynące z badania wskazują na konieczność tworzenia zróżnicowanego pod względem poziomu sprawności, wieku i płci środowiska życia, w tym środowiska pracy. Cenne w pracy z grupą okazało się wprowadzenie specjalnej rozgrzewki sprzyjającej integracji grupy. Godne polecenia są także moderowane dyskusje grupowe zogniskowane wokół problemów społecznych. Działają aktywizująco i przynoszą uczestnikom wyraźną satysfakcję.

Summary

The need to be understood. Social communication and functioning in a group of people with disabilities

Key words: communicative profile, conflict theory, cooperation in a group, disability, empowerment, focus group interview, linguistic proficiency, social capital, social communication, qualitative-quantitative research, the need to be understood.

The book presents the results of a diagnosis of life situation and vocational situation of people with disabilities. According to the principle of empowerment, the participants of focus group interviews were those concerned, mostly people with motor disabilities. Apart from obtaining declarative knowledge concerning their functioning in the society, the aim of the study was to observe social communication and cooperation in a group of people with impairments. The research was qualitative-quantitative in character; the quantitative aspect concerned the analysis of the subjects' dispositions, the evaluation of the research and the statistics of reported problems as well as the formal characteristics of the utterances (the corpus of utterances was analysed according to the principles of cognitive linguistics). The content of the utterances and the form of expression were analysed qualitatively.

The considerations were based on the conflict theory and the theory of social capital. According to the participants of the study, the main problem they have to cope with is the social perception of disability, in particular the ignorance of real-life problems of those people and their own frustration due to the unfulfilled need to be understood. According to Abraham Maslow's theory, an individual needs to be understood and to understand others in order to ensure his/her development and self-realisation. It may be achieved, among other things, by building satisfying social bonds. Social communication and cooperation in a group play a key role in the process and have a stimulating effect on the development of social capital of an individual. The study demonstrated that although linguistic proficiency does not depend on the level of ability/disability, the manner in which disabled people communicate with others exhibits certain worrying properties. The conclusions of the study indicate that there is a need to create such a life environment in general and work environment in particular which would be varied in terms of the level of ability, age and gender. When working with a group, it seems valuable to introduce a special warm-up part which would help integrate the participants. Also, mediated focus group discussions are worth recommending, because they have an activating function and give noticeable satisfaction to the participants.