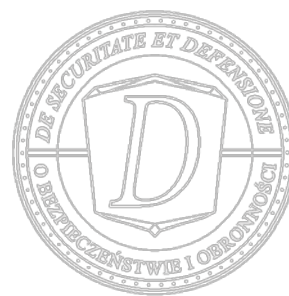


Daria KRZEWNIAK¹

Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach

Instytut Nauk Społecznych i Bezpieczeństwa

daria.krzewniak@wp.pl



BEZPIECZEŃSTWO OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

ABSTRAKT: Bezpieczeństwo stanowi współcześnie jedną z najważniejszych potrzeb ludzi, szczególnie zaś borykających się z różnymi formami niepełnosprawności. Niniejszy artykuł ma na celu określenie istoty bezpieczeństwa osób niepełnosprawnych oraz wskazanie najważniejszych czynników na nie oddziałujących. Deprywacja tej potrzeby prowadzi do wielu negatywnych konsekwencji, zarówno w obszarze fizycznym, psychicznym, jak i społecznym. Aktywizacja osób niepełnosprawnych, ich rehabilitacja oraz włączenie w główny nurt życia społecznego wymaga zapewnienia tej grupie społecznej elementarnego poczucia bezpieczeństwa.

SŁOWA KLUCZOWE: bezpieczeństwo, uwarunkowania bezpieczeństwa, osoba niepełnosprawna

THE SAFETY OF DISABLED PEOPLE

ABSTRACT: Safety is one of the most important needs of the people today, especially people with various forms of disability. Present article is intended to define the essence of the safety of disabled people and to indicate the main considerations of this issue. Deprivation of safety need leads up to many negative consequences, both in the physical, mental and social sphere. The assurance of elementary sense of safety among disabled people enable to their activation, rehabilitation and integration.

KEY WORDS: safety, safety considerations, disabled person

WPROWADZENIE

Bezpieczeństwo jest najważniejszą wartością i potrzebą każdego człowieka, dobrem najwyższym, dla którego człowiek jest w stanie poświęcić wiele, zgodzić się na ograniczenie wolności i swobód obywatelskich. Równocześnie, szczególnie cenioną

¹ Mgr Daria Krzewniak – asystent w Instytucie Nauk Społecznych i Bezpieczeństwa Wydziału Humanistycznego Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach; specjalności naukowe lub zawodowe: pedagogika (społeczno-wychowawcza z resocjalizacją, edukacja dla bezpieczeństwa), psychologia kliniczna; zakres zainteresowań badawczych: bezpieczeństwo osób niepełnosprawnych, edukacja dla bezpieczeństwa, kultura bezpieczeństwa, psychologia zagrożeń.

wartością jest zdrowie. Ludzie od zarania dziejów podejmują wiele wysiłków, ażeby zapewnić sobie poczucie bezpieczeństwa oraz pełnię zdrowia. Pozwalają one bowiem w pełni wykorzystywać posiadane zasoby, realizować własny potencjał przy wsparciu bliższego i dalszego środowiska.

Bezpieczeństwo i zdrowie są tymi wartościami, które silnie ze sobą korespondują. Brak pełnego zdrowia w wymiarze fizycznym, psychicznym czy społecznym wiąże się z zachwianiem poczucia bezpieczeństwa. Tym samym, nie ulega wątpliwości fakt, iż bezpieczeństwo staje się szczególnie ważną potrzebą szczególnie dla wszystkich tych, którzy zmagają się z różnymi formami niepełnosprawności. Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie istoty bezpieczeństwa oraz jego elementarnych uwarunkowań w odniesieniu do funkcjonowania osób niepełnosprawnych.

BEZPIECZEŃSTWO W KONTEKŚCIE FUNKCJONOWANIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Wiedza dotycząca niepełnosprawności człowieka formułowana jest w licznych koncepcjach i teoriach naukowych, ukierunkowanych na wyjaśnienie jej istoty, poszukiwanie źródeł oraz najistotniejszych właściwości.

Problematyka niepełnosprawności pozostaje w kręgu zainteresowania badaczy z różnych dziedzin i dyscyplin naukowych. Multidyscyplinarny charakter omawianego zjawiska powoduje, że dotychczas w piśmiennictwie funkcjonuje wiele stanowisk wskazujących na odmienne jego aspekty. Prace nad określeniem podstawowych założeń tego konstrukt, trwające nieprzerwanie od wielu wieków, przynoszą wymierne efekty w postaci coraz to nowych modeli niepełnosprawności. Do najpowszechniejszych zalicza się następujące:

- model moralny, zgodnie z którym niepełnosprawność stanowi rezultat czynów grzesznych i zła, stąd też osoby z ograniczoną sprawnością są potępione przez Boga, naznaczone piętnem dewianta, odbierane jako swoisty wybryk natury;
- model charytatywnej opieki i filantropijnej pomocy, który ukształtował się pod wpływem nauki kościoła katolickiego, głoszącej, że każde istnienie ludzkie pochodzi od Boga, a zatem tylko On może decydować, kiedy je odebrać. W myśl założeń propagowanych przez wyznawców tegoż podejścia, osoby niepełnosprawne należy umieszczać w domach opieki, schroniskach, przytułkach, bezpiecznie odseparowując od zdrowej części społeczeństwa;
- model medyczny związany z przekonaniem, że jednostki niepełnosprawne są anormalne, antypatyczne, „wybrakowane”, niezdolne do samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie, a zatem winny być wykluczone ze społeczeństwa i nadzorowane przez lekarzy, skoncentrowanych na ich „usprawianiu”;
- model społeczny zakłada, że niepełnosprawność nie jest wyłącznie indywidualnym problemem człowieka borykającego się z nią, lecz sprawą całego społeczeństwa,

przyczyniającego się do jej powstania poprzez marginalizację, wykluczenie tej grupy społecznej z kluczowych obszarów życia społecznego².

Żaden jednak z zaprezentowanych powyżej modeli nie ujmuje kwestii niepełnosprawności w sposób holistyczny. Czyni to natomiast model biopsychospołeczny, który wskazuje na fizyczne/biologiczne, psychiczne oraz społeczne aspekty omawianego zjawiska. Podejście to wykorzystano w pracach Światowej Organizacji Zdrowia nad Międzynarodową Klasyfikacją Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). W myśl zapisów zawartych w tym dokumencie, niepełnosprawność stanowi złożony konstrukt, służący do określenia poziomu zaburzenia funkcji czy czynności, będący wynikiem interakcji ludzi i ich fizyczno-społecznego otoczenia. Co więcej, w ICF zaznacza się, że niepełnosprawność nie jest swoistym uporządkowaniem poszczególnych osób, lecz pewnych cech i charakterystyk odnoszących się do ich zdrowia na tle uwarunkowań życiowych i wpływów środowiskowych. Zdaniem twórców ICF, to właśnie powiązanie stanu zdrowia z położeniem życiowym i osnową środowiskową stwarzają płaszczyznę do powstawania niepełnosprawności³.

Klasyfikacja ICF zakłada wykorzystanie czterech kategorii dla pełnego zobrazowania niepełnosprawności: funkcje organizmu, struktury ciała, aktywność i uczestnictwo oraz czynniki środowiskowe. Każda z nich rozbita jest na węższe podkategorie, te zaś na jeszcze bardziej uszczegółowione jednostki diagnostyczne, które szacować można za pomocą skal ilościowych (Tabela 1.)⁴.

FUNKCJE ORGANIZMU	STRUKTURY ORGANIZMU	AKTYWNOŚĆ I UCZESTNICTWO	CZYNNIKI ŚRODOWISKOWE
1. umysłowe 2. sensoryczne i ból 3. głosu i mówienia 4. krążenia, oddychania, krwi i odporności 5. trawienia 6. wydalania i prokreacji 7. neuro-mięśniowo-szkieletowe 8. skóry	1. układ nerwowy 2. oczy i uszy 3. aparat artykulacyjny 4. układ krążenia, oddechowy, immunologiczny 5. układ trawienia 6. układ moczowo-płciowy 7. aparat ruchu 8. skóra	1. uczenie się i stosowanie wiedzy 2. stawianie zadania i dążenia 3. komunikacja 4. samoobsługa 5. mobilność 6. aktywność domowa 7. związki interpersonalne 8. udział w życiu społecznym	1. dostępne technologie towarzyszące 2. naturalne środowisko 3. uzyskiwane wsparcie społeczne 4. gwarancje systemu ubezpieczeń

Tabela 1. Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia
Źródło: S. Kowalik, *Psychologia rehabilitacji*, Warszawa 2007, s. 102.

² W. Dykcik, *Pedagogika specjalna wobec aktualnych sytuacji i problemów osób niepełnosprawnych*, Poznań 2005, s. 18-20.

³ A. Wilmonska-Pietruszyńska, D. Bilski, *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*, [w:] „*Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*”, nr II/ 2013(7), s. 10-11.

⁴ Vide: S. Kowalik, *Psychologia rehabilitacji*, Warszawa 2007.

Niewątpliwym walorem ICF jest umiejscowienie niepełnosprawności na kontinuum zdrowie – choroba bliżej pierwszego z wymienionych pojęć. W dokumencie tym podkreśla się funkcjonalny wymiar omawianego zjawiska (kategoria I) oraz aktywność podmiotu (kategoria III). Rozumienie niepełnosprawności jako stanu zbliżonego do choroby sygnalizowane jest natomiast w kategorii II, w której wymienia się struktury organizmu, mogące ulec urazom. Klasyfikacja ICF integruje podejścia różnych szkół badawczych do tematyki niepełnosprawności. Jej stosowanie stwarza możliwość porównywania położenia zdrowotnego jednostek o zróżnicowanej strukturze społeczno-ekonomicznej, w sposób kompleksowy pozwala na ogląd kontekstu funkcjonowania osób z ograniczoną sprawnością i na tej podstawie umożliwia projektowanie działań ukierunkowanych na rehabilitację i integrację. Mimo pewnych ograniczeń i mankamentów (np. determinizm kulturowy podczas szacowania odpowiedzi czy niemożność – w pewnych okolicznościach – jednoznacznego przypisania sytuacji do kategorii wyodrębnionych w ICF)⁵ międzynarodowa klasyfikacja ICF stanowi współcześnie ważne i stosunkowo dobrze ujednolicone narzędzie do określania istoty oraz uwarunkowań niepełnosprawności.

Ograniczenie sprawności, utrata zdrowia pociąga za sobą szereg konsekwencji, zarówno w wymiarze indywidualnym, jednostkowym, jak i społecznym. Szczególnie groźne wydaje się zachwianie czy też całkowita utrata poczucia bezpieczeństwa. Niemożliwe jest wówczas wypełnianie społecznie uznanych ról i funkcji, nawiązywanie i podtrzymywanie satysfakcjonujących relacji międzyludzkich, wydobywanie i realizowanie indywidualnego potencjału rozwojowego, zdobywanie wiedzy i umiejętności sprzyjających radzeniu sobie z sytuacjami trudnymi, akceptujące zwrócenie się ku sobie i wiele innych.

Taki sposób myślenia o bezpieczeństwie i jego braku wpisuje się w koncepcję motywacji zaprezentowaną przez A. Masłowa. Badacz ten uznał, że wszelka aktywność ludzka stanowi rezultat dążenia do zaspokojenia określonych potrzeb. Motywacja do podejmowania działań rozbudzana jest przez niezaspokojone potrzeby, których kolejność wytyczona jest przez obiektywną, uniwersalną dla całego gatunku ludzkiego, hierarchię. A. Masłow przedstawia ją w postaci piramidy, w której podstawę stanowią potrzeby fizjologiczne, kolejny, drugi szczebel – potrzeby bezpieczeństwa, trzeci natomiast – potrzeby miłości i przynależności, czwarty – potrzeby uznania, ostatni, piąty zaś – potrzeby samorealizacji.

Warunkiem wykształcenia się potrzeb wyższego rzędu (potrzeb wzrostu, do których A. Masłow zaliczył potrzeby miłości i przynależności, potrzeby uznania oraz samorealizacji) jest zaspokojenie potrzeb niższego rzędu (potrzeb niedoboru, czyli potrzeb

⁵*Ibidem.*

fizjologicznych i bezpieczeństwa). Tym samym poczucie bezpieczeństwa zaliczyć należy do najbardziej pierwotnych potrzeb⁶, stanowiących o zdrowiu psychicznym człowieka⁷.

Globalna potrzeba bezpieczeństwa konstytuowana jest przez poczucie bliskości, poczucie stabilności oraz poczucie zaufania do siebie⁸. Poczucie bliskości rozpatrywać należy przez pryzmat relacji z innymi ludźmi, więzi z nimi i otaczającym światem. Dla prawidłowego funkcjonowania osób niepełnosprawnych ważna jest zatem przynależność do socjalizująco znaczących grup społecznych. Pierwszą i najważniejszą grupą jest rodzina. To przede wszystkim jej zadaniem jest stworzenie osobie z dysfunkcją optymalnych warunków do życia i rozwoju, ukształtowanie kompetencji pozwalających na radzenie sobie ze stresem, akceptację siebie i poszukiwania w swojej ograniczoności atutów.

Istotną grupą są także rówieśnicy. Stanowią oni mogą ważne ogniwo w procesie wspomagania rozwoju osób niepełnosprawnych. Relacje z równolatkami stymulują postępy we wszystkich obszarach, począwszy od ruchowego, przez poznawczy i społeczne do emocjonalnego. Kontakty z rówieśnikami stwarzają płaszczyznę do nawiązywania więzi społecznych, współpracy, zgłaszania inicjatywy, negocjowania rozwiązań, obrony własnego stanowiska, dochodzenia do kompromisu i wypracowywania wspólnych rozwiązań, wyznaczania i przyjmowania określonych ról. Rówieśnicy stanowią także istotny nośnik wartości.

Ważnym środowiskiem jest również szkoła, w której dziecko zdobywa podstawy wiedzy naukowej, uczy się rozwiązywania problemów, kształtuje swój światopogląd i system wartości, rozwija swoje pasje i zainteresowania. Równocześnie środowiska te stanowią mogą źródło poczucia wyodrębnienia się, wyobcowania i izolacji. Negatywne postawy i nastawienia wobec osób niepełnosprawnych oraz niechęć do kontaktu z nimi prowadzić mogą do naznaczenia ich piętnem dewianta, dyskryminacji i marginalizacji.

Powyższe stwierdzenie wymaga przywołania stanowiska M. Winiarskiego. Badacz ten stwierdził, że do czynników powodujących depryzację potrzeby bezpieczeństwa należą m. in. następujące:

- brak społecznej aprobaty, szacunku oraz życzliwości;
- brak relacji przyjacielskich;
- brak wsparcia i pomocy ze strony innych;
- brak kolegów oraz uczestnictwa w grupach znaczących oraz pozytywnych więzi z osobami znaczącymi⁹.

⁶ I. Plieth-Kalinowska, *Bezpieczeństwo społeczne dziecka niepełnosprawnego z dysfunkcją narządu ruchu*, Bydgoszcz 2009, s. 45.

⁷ J. Kałużna, *Poczucie bezpieczeństwa a zdrowie psychiczne człowieka*, [w:] Biuletyn Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, nr 1/2011, s. 18.

⁸ Z. Uchnast, *Metoda pomiaru poczucia bezpieczeństwa*, [w:] A. Januszewski, Z. Uchnast, I. Witkowski (red.), *Wykłady z psychologii w KUL*, T. 5, Lublin 1990, s. 96.

⁹ M. Winiarski, *Rodzina – szkoła – środowisko lokalne. Problemy edukacji środowiskowej*, Radom - Warszawa 2000, s. 138-145.

Drugi z wymiarów globalnego poczucia bezpieczeństwa, poczucie stabilności, odnosi się do konieczności zachowania ładu, pewnego uporządkowania, harmonii społecznej. Dla osób zmagających się z różnymi formami niepełnosprawności niezwykle ważne jest utrzymanie porządku, powtarzalności zdarzeń, stałych wzorców i rytuałów w trakcie wykonywania codziennych czynności (dotyczy to przede wszystkim osób z zespołem Downa, autyzmem oraz niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i umiarkowanym). Nie chodzi tu jednak o ukształtowanie skłonności obsesyjno-kompulsywnych, wskazujących na psychopatologię, lecz o poczucie stabilizacji, wprowadzające ład w świat wewnętrzny człowieka oraz w jego bliższe i dalsze otoczenie społeczne. Chwiejność, chaotyczność czy przypadkowość mogą bowiem stanowić źródło wielu negatywnych emocji, jak niepokój, lęk czy poczucie zagrożenia.

Trzeci człon całościowego poczucia bezpieczeństwa to poczucie zaufania do siebie, traktowane jako afirmacja siebie. Stanowi ono wypadkową wielu czynników (w tym samoświadomości, akceptacji siebie, poczucia własnej wartości, zadowolenia i wiary we własną osobę), natomiast uzewnętrznia się w relacjach z innymi ludźmi. Doświadczenie pozytywnego nastawienia wobec siebie stanowi o zdrowiu psychicznym człowieka, jego zadowoleniu z własnych osiągnięć i życia jako całości. J. Mellibruda zaznacza, że obecnie obserwuje się swoisty deficyt umiejętności w tym zakresie¹⁰. Wielu ludzi toczy wewnętrzne walki, utrudnia sobie funkcjonowanie, deprecjonuje własną osobę, wywołując przy tym szereg pejoratywnych emocji. Sytuacja taka dotyczy w znacznej mierze osób z widoczną niepełnosprawnością, która staje się główną osią oceny własnych kompetencji, osiągnięć i aspiracji. Smutek, lęk, onieśmienie, poczucie niższości, ale także gniew czy rozgoryczenie, to tylko niektóre ze stanów afektywnych towarzyszących im każdego dnia.

Zaburzenia w sferze poczucia bliskości, poczucia stabilności czy poczucia zaufania do siebie powoduje deprywację potrzeby bezpieczeństwa. To natomiast zakłóca i dezorganizuje życie i aktywność jednostki, każe jej widzieć świat jako niebezpieczny i uniemożliwiający realizację własnych planów i zamierzeń. W sytuacjach trudnych uruchamiane są mechanizmy obronne, przybierające najczęściej postać fiksacji bądź regresji. Ich istotą jest bazowanie wyłącznie na uprzednio wyuczonych sposobach reagowania, bez możliwości nabycia kompetencji w zakresie nowych, adekwatnych do zmieniających się uwarunkowań reakcji¹¹. Schematyczne, zrytualizowane odpowiadanie na pojawiające się nowe okoliczności nie sprzyja rozwojowi indywidualnemu, stanowiący przeciwieństwo konstytutywny wyznacznik bezpieczeństwa. Permanentny brak zaspokojenia tej potrzeby powoduje ukształtowanie utrwalonego syndromu braku poczucia bezpieczeństwa¹².

¹⁰ J. Mellibruda, *Być dobrym dla samego siebie – o sztuce stawania się swoim przyjacielem*, <http://www.psychologia.edu.pl/dziupla-jurka/teksty/1371-byc-dobrym-dla-samego-siebie-o-sztuce-stawania-sie-swoim-przyjacielem.html> (10.06.2015).

¹¹ J. Kałużna, *op.cit.*, s. 18.

¹² Szerzej: Z. Uchnast, *op. cit.*, s. 96.

UWARUNKOWANIA BEZPIECZEŃSTWA PERSONALNEGO OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Względne poczucie stabilizacji, spokoju, ładu czy pewność rozwoju, czyli wszystko to, co mieści w kategorii bezpieczeństwa, stanowi warunek konieczny do przejawiania kreatywności, inicjatywy, podejmowania działań ukierunkowanych na rozwój osobisty, realizację własnych planów i bycie szczęśliwym, zadowolonym z siebie i własnego życia. Osoba niepełnosprawna, u której potrzeba bezpieczeństwa jest zaspokojona w stopniu wysokim, chętniej aniżeli inni podejmuje nowe wyzwania, przystępuje do rozwiązywania problemów i trudności, w obliczu których stawia ją rzeczywistość. Poczucie bezpieczeństwa umożliwia człowiekowi zmagającemu się z brakiem pełnej sprawności prowadzić stosunkowo „normalne”, satysfakcjonujące życie, wypełnianie przypisanych ról społecznych w drodze do samospelnienia i urzeczywistniania własnego potencjału.

Złożoność fenomenu bezpieczeństwa powoduje, że jest ono determinowane wieloma czynnikami. Zakres i charakter zaspokojenia tej elementarnej potrzeby u osób niepełnosprawnych zależy przede wszystkim od właściwości tych jednostek (w tym m. in. wiek, płeć, zainteresowania, rodzaj i stopień niepełnosprawności oraz wynikające z nich potrzeby w zakresie integracji i rehabilitacji, interpretacja niepełnosprawności) oraz determinantów środowiskowych (w tym m. in. przystosowanie infrastruktury do potrzeb tej grupy społecznej, postawy wobec osób niepełnosprawnych, społeczny wizerunek niepełnosprawności, relacje z osobami znaczącymi, przynależność do grup rówieśniczych, rozwiązania formalno-prawne w zakresie edukacji i zatrudnienia, system opieki zdrowotnej i rehabilitacji, zasoby finansowe, sieć wsparcia społecznego).

M. Winiarski wymienia pięć najistotniejszych grup decydujących o poczuciu bezpieczeństwa człowieka. Wśród nich wylicza się następujące:

- egzystencjalno-socjalne obejmujące warunki mieszkaniowe, dochód/pracę, posiadanie oszczędności i dóbr materialnych, zabezpieczenie finansowe ze strony państwa i innych podmiotów (np. zakładu pracy), system kredytowy państwa, opiekę zdrowotną, pomoc socjalną;
- psychiczno-duchowe, czyli poczucie pozytywnej wizji własnej przyszłości, dostatniego życia, dobrej kondycji psychofizycznej, świadomość własnych zasobów i potencjału oraz możliwości wykorzystania ich w różnych obszarach aktywności, poczucie pewności w kwestiach zachowania/utrzymania indywidualnych i lokalnych dóbr, posiadanie pozytywnych cech osobowości, szerokich zainteresowań oraz więzi emocjonalno-duchowej z ludźmi, oparcie w religii;
- edukacyjno-kulturowe, na które składa się wysokie wykształcenie, dobre wychowanie, permanentne podnoszenie własnych kwalifikacji i kompetencji zawodowych, działalność kreatywna w wybranej dziedzinie, aktywny udział w życiu

- kulturalnym „małej” i „dużej” ojczyzny, odpowiedzialne korzystanie ze środków masowej komunikacji, podtrzymywanie lokalnych i regionalnych tradycji kulturowych;
- społeczne, a wśród nich posiadanie rodziny, grona znajomych i przyjaciół, właściwe relacje z osobami znaczącymi, życzliwość, aprobata i szacunek ze strony innych, partycypacja w organizacji społecznej, sukcesy w życiu osobistym i zawodowym, sprawiedliwość, harmonia, ład i „zdrowa” rywalizacja w bliższym i dalszym otoczeniu społecznym, angażowanie się z działalność na rzecz innych, brak przejawów patologii społecznej, jak agresja i przemoc, przestępczość czy uzależnienia;
 - przyrodnicze odnoszące się do właściwego zagospodarowania przestrzeni publicznej (np. aleje spacerowe, miejsca rekreacyjne, pasy zieleni), zachowanie naturalnego ukształtowania terenu, dbałość o przyrodę ożywioną i nieożywioną, brak poważnych zanieczyszczeń¹³.

Determinanty poczucia bezpieczeństwa zaproponowane przez M. Winiarskiego w odniesieniu do osób niepełnosprawnych wymagają pewnego uzupełnienia i dookreślenia. Czynniki wpływające na bezpieczeństwo egzystencjalno-socjalne, oprócz wymienionych powyżej aspektów, to także istnienie instytucji państwowych szczebla rządowego i samorządowego oraz stowarzyszeń i organizacji pozarządowych wspierających funkcjonowanie osób niepełnosprawnych. To wyrównywanie szans rozwojowych poprzez zapewnienie dostępu do opieki zdrowotnej i rehabilitacji na określonym poziomie, aktywizację zawodową, stwarzanie płaszczyzny do czynnego udziału w tworzeniu dochodu narodowego osób niepełnosprawnych wykluczonych z rynku pracy, a dzięki temu doprowadzanie do ich samodzielności ekonomicznej¹⁴. Nikogo nie trzeba przekonywać, że koszty związane z procesem leczenia i rehabilitacji są niezwykle wysokie. Ważne jest zatem, by osoby niepełnosprawne miały dostęp do stałego źródła dochodu oraz świadczeń na poziomie umożliwiającym im godną egzystencję.

W kwestiach psychiczno-duchowych wydaje się natomiast, że bezpieczeństwo jednostek z ograniczoną sprawnością w znacznej mierze uzależniona jest od spostrzegania siebie, własnej samooceny, samoświadomości oraz poczucia umiejscowienia kontroli. Korzystny obraz własnej osoby oraz własnych możliwości, docenianie indywidualnego potencjału oraz szukanie dróg pozwalających na jego urzeczywistnienie sprzyjają pewności trwania (w czasie względnej stabilizacji), przetrwania (w sytuacjach trudnych) i rozwoju (zarówno w okresie ładu i harmonii, jak i w okresie chaosu, dezorganizacji). Doświadczanie pozytywnych stanów emocjonalnych, świadomość własnych potrzeb, nadzieja na dobrą przyszłość, na korzystne zmiany, ale także umiejętność podejmowania decyzji w kwestiach związanych ze swoją osobą, branie odpowiedzialności za własne życie

¹³ M. Winiarski, *op. cit.*, s. 146-152.

¹⁴ M. Leszczyński, *Bezpieczeństwo społeczne a współczesne państwo*, „Zeszyty Naukowe Akademii Marynarki Wojennej”, nr 2/2011, s. 125.

stanowią rezultat akceptacji własnej sytuacji życiowej, własnej niepełnosprawności oraz wynikających z nich ograniczeń. Niezwykle istotne jest jednak to, by brak pełnej sprawności nie wiązał się z milczącą zgodą na taki stan rzeczy, lecz stanowił impuls do uczynienia z niej swego rodzaju atutu, kompensowania w różnych obszarach aktywności braków z nią związanych.

Edukacyjno-kulturowy wymiar bezpieczeństwa osób niepełnosprawnych dotyczy przede wszystkim dostępu do edukacji oraz kultury w takiej samej mierze, jak reszta społeczeństwa. Z badań wynika, że jednostki zmagające się z niepełnosprawnością, w porównaniu z populacją ludzi zdrowych, są gorzej wykształcone¹⁵, ich udział w kulturze, jej odbiorze i tworzeniu jest znacznie mniejszy¹⁶, rzadziej podejmują aktywność zawodową. Co więcej, badania ujawniają, że osoby te wykonują zazwyczaj znacznie gorzej płatną pracę oraz o niższym statusie społecznym aniżeli ich sprawni rówieśnicy¹⁷. Taki stan rzeczy jest konsekwencją przede wszystkim negatywnego wizerunku osób niepełnosprawnych w społeczeństwie, wielu lat zaniedbań, luk prawnych oraz zbyt niskich nakładów finansowych na rzecz dostosowania przestrzeni publicznej do potrzeb i możliwości tej grupy społecznej. Utrudniony dostęp do edukacji i kultury wiąże się m.in. z brakiem odpowiednio wykwalifikowanej i przygotowanej kadry do pracy z uczniem o specjalnych potrzebach, wprowadzaniem indywidualnego toku nauczania w przypadku osób, które mogłyby pobierać naukę w systemie integracyjnym, brakiem diagnozy pod kątem potrzeb edukacyjnych i kulturalnych, niedostatecznym wsparciem procesu kształcenia ustawicznego dorosłych osób niepełnosprawnych, niedostosowaniem infrastruktury budynków oraz terenów wokół nich do potrzeb osób niepełnosprawnych czy też z brakiem funduszy na organizowanie dojazdu do szkół i placówek kulturalnych.

Jeżeli natomiast chodzi o społeczne determinanty poczucia bezpieczeństwa osób niepełnosprawnych, to należy zwrócić uwagę przede wszystkim na ich obecność w najważniejszych środowiskach wychowawczych (rodzina, grupa rówieśnicza, szkoła), zapewniających zaspokojenie elementarnych potrzeb oraz nawiązanie pozytywnych relacji. Zdaniem H. Larkowej, przychylne nastawienie otoczenia społecznego, zawierające elementy obiektywnej krytyki oraz życzliwej oceny jednostki z dysfunkcją, stanowią bazę do formowania się poczucia bezpieczeństwa oraz prawidłowej adaptacji społecznej¹⁸. Respektowanie praw osób niepełnosprawnych, serdeczność i akceptacja ze strony bliższego i dalszego środowiska oraz stanowiące ich rezultat poczucie własnej wartości i pozytywny

¹⁵ www.niepelnosprawni.gov.pl/niepelnosprawnosc-w-liczbach/opracowania-analityczno-tabelary/ (12.06.2015); R. Śleboda, *Kierunek i poziom wykształcenia oraz aktywność zawodowa osób z niepełnosprawnością*, [w:] *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, Nr II/2012(3), s. 116.

¹⁶ W. Janocha, *Marginalizacja i wykluczenie osób niepełnosprawnych z obszarów życia społecznego i religijnego*, [w:] „Roczniki Nauk o Rodzinie i Pracy Socjalnej”, Tom 4 (59) – 2012, s. 381.

¹⁷ R. Śleboda, *op.cit.*, s. 122.

¹⁸ H. Larkowa, *Postawy otoczenia wobec osób niepełnosprawnych*, [w:] A. Hulka (red.), *Stosunek społeczeństwa do ludzi niepełnosprawnych*, Częstochowa 1985.

obraz siebie wpływają na subiektywnie korzystny odbiór jakości życia mimo własnych ograniczeń, kształtowanie pozytywnego stosunku do ludzi zdrowych oraz nabywanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych, rozbudzanie mechanizmów kompensacyjnych ukierunkowanych na pokonywanie barier¹⁹.

Powielanie negatywnego, przesyconego stereotypami i uprzedzeniami wizerunku osób niepełnosprawnych nie sprzyja kreowaniu bezpiecznego i przyjaznego środowiska do funkcjonowania i integracji społecznej tej grupy. Postawy pełne lęku, zakłopotania, litości i nadopiekuńczości, deprecjonowanie wartości człowieka z dysfunkcją, wyolbrzymianie znaczenia jego niepełnosprawności powodują zwiększanie dystansu społecznego oraz narastanie negatywnych emocji.

Uwarunkowania przyrodnicze (terenowe – aut.) z kolei, wyodrębnione przez M. Winiarskiego, warto poszerzyć o kwestię dostosowania infrastruktury terenowej do potrzeb i możliwości osób niepełnosprawnych²⁰. Utrudnienia związane z poruszaniem się po ulicach czy też z korzystaniem ze środków komunikacji rozwiązać można poprzez właściwe zagospodarowanie przestrzeni publicznej. Muszą iść za tym nakłady pieniężne pozwalające np. na zwiększenie powierzchni pomieszczeń sanitarno-higienicznych, poszerzenie drzwi wejściowych i korytarzy, zainstalowanie i dostosowanie wind, poręczy i uchwyty, zbudowanie podjazdów, likwidacja progów, rozmieszczenie właściwej informacji dźwiękowej i wizualnej. Brak działań w tym kierunku w sposób znaczący rzutuje na aktywność osób niepełnosprawnych w przestrzeni społeczno-kulturalnej, jak również poważnie ogranicza, a nawet uniemożliwia prowadzenie samodzielnego, satysfakcjonującego życia.

Obok czynników bezpieczeństwa wyodrębnionych przez M. Winiarskiego warto także przywołać kwestie prawno-instytucjonalne jako ważne uwarunkowania bezpieczeństwa osób niepełnosprawnych. Na przestrzeni wieków powstało wiele dokumentów normatywnych regulujących kwestie związane z funkcjonowaniem tej grupy w społeczeństwie. Osoby niepełnosprawne ciągle jednak mogą mieć poczucie dyskryminacji, wykluczenia ich z wielu obszarów działalności ludzkiej. Współczesność wymaga, by kwestie związane z pełnym, a przez to aktywnym ich uczestnictwem w głównym nurcie życia społecznego, znalazły swoje odzwierciedlenie w przepisach prawnych. Stworzenie instrumentów normatywnych pozwoli osobom niepełnosprawnym dochodzić własnych praw oraz wymagać ich respektowania przez innych. Niezwykle ważnym przedsięwzięciem jest także powoływanie instytucji stojących na straży przestrzegania przez organy państwowe, podmioty pozarządowe oraz społeczeństwo tych uregulowań oraz służących pomocą i wsparciem osobom niepełnosprawnym w trudnych

¹⁹ E. Minczakiewicz, *Postawy nauczycieli i uczniów szkół powszechnych wobec dzieci niepełnosprawnych umysłowo*, [w:] W. Dykcik (red.), *Spółczesność wobec autonomii osób niepełnosprawnych*, Poznań 1996.

²⁰ M. Winiarski, *op. cit.*, s. 146-152.

sytuacjach życiowych. Ich działalność powinna być poddawana systematycznym kontrolom w celu zdiagnozowania poziomu świadczonych usług.

Przywołane powyżej determinanty bezpieczeństwa osób niepełnosprawnych nie wyczerpują oczywiście całej puli. Współcześnie dokonujące się zmiany powodują, że zmieniają się także uwarunkowania i możliwości zaspokojenia tej kluczowej dla prawidłowego funkcjonowania potrzeby. Co istotne, w niniejszym artykule omówiono wyłącznie ogólne czynniki wpływające na poziom bezpieczeństwa wskazanej grupy. Na uwadze należy mieć fakt, iż osoby niepełnosprawne nie stanowią homogenicznej grupy, a zatem zakres i charakter potrzeby bezpieczeństwa oraz jej elementarne determinanty będą mogły się różnić ze względu na rodzaj i charakter posiadanej dysfunkcji.

PODSUMOWANIE

Bezpieczeństwo stanowi podstawę prawidłowego rozwoju, podejmowania nowych wyzwań i radzenia sobie z przeciwnościami losu. Umożliwia nawiązywanie satysfakcjonujących relacji z innymi ludźmi oraz realizację własnych planów i zamierzeń. Z tych i wielu innych powodów bezpieczeństwo traktowane jest jako jedna z najważniejszych potrzeb psychicznych człowieka. Jej deprivacja pociąga za sobą szereg negatywnych konsekwencji zarówno w wymiarze fizycznym, jak i psychicznym.

Niepełnosprawność oraz wynikające z niej konsekwencje bez wątpienia naruszają poczucie bezpieczeństwa człowieka²¹. Co więcej, często jednostki zdrowe negują prawo osób niepełnosprawnych do życia, rozwoju, wolności czy miłości. Przedmiotowo traktują chorych, odmawiają współpracy z nimi, nie akceptują „inności”, powielają stereotypy, tworzą bariery architektoniczne, ekonomiczne, edukacyjne i inne. Jest to o tyle groźne, że poczucie bezpieczeństwa, poczucie własnej wartości oraz samoakceptacja, będące wypadkową m. in. poczynań innych ludzi, stanowią fundament usprawniania każdej osoby odbiegającej od przyjętej powszechnie normy. Lęk, strach oraz brak serdeczności ze strony innych w sposób pejoratywny oddziałują na jej rozwój²². Ważnym zadaniem zatem stojącym nie tylko przed rodzicami, nauczycielami, lekarzami czy psychologami, ale także przed całym społeczeństwem, jest identyfikowanie podstawowych czynników wpływających na bezpieczeństwo osób niepełnosprawnych w przestrzeni publicznej. Zgodnie z zasadą subsydiarności, należy bowiem akcentować współodpowiedzialność każdego człowieka za los tej grupy oraz właściwy klimat do rehabilitacji społecznej i zawodowej.

²¹ Vide Z. Kawczyńska-Butrym, *Bezpieczeństwo osób chorych i niepełnosprawnych*, [w:] W. Ciszkowski (red.), *Bezpieczeństwo człowieka w środowisku szkolnym*, Olsztyn 1999, s. 58.

²² Vide H. Borzyszkowska, *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie i społeczeństwie*, [w:] A. Hulka (red.), *op. cit.*, Warszawa 1984, s. 24.

BIBLIOGRAFIA

- Borzyszkowska Halina. 1984. Dziecko niepełnosprawne w rodzinie i społeczeństwie. W Rewalidacja dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w rodzinie, Warszawa: PWN.
- Dykcik Władysław. 2005. Pedagogika specjalna wobec aktualnych sytuacji i problemów osób niepełnosprawnych. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Polskiego Towarzystwa Pedagogicznego.
- Janocha Witold. 2012. „Marginalizacja i wykluczenie osób niepełnosprawnych z obszarów życia społecznego i religijnego”. Roczniki Nauk o Rodzinie i Pracy Socjalnej Tom 4 (59) : 375-352.
- Kałużna Jolanta. 2011. „Poczucie bezpieczeństwa a zdrowie psychiczne człowieka”. Biuletyn Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych nr 1/2011 : 17-19.
- Kawczyńska-Butrym Zofia. 1999. Bezpieczeństwo osób chorych i niepełnosprawnych, W Bezpieczeństwo człowieka w środowisku szkolnym. Olsztyn: WSP
- Kowalik Stanisław. 2007. Psychologia rehabilitacji. Warszawa: W AiP.
- Larkowa Helena. 1985. Postawy otoczenia wobec osób niepełnosprawnych. W Stosunek społeczeństwa do ludzi niepełnosprawnych, Częstochowa: WSP.
- Leszczyński Marek. 2011. „Bezpieczeństwo społeczne a współczesne państwo”. Zeszyty Naukowe Akademii Marynarki Wojennej nr 2/2011 : 123-132.
- Mellibruda Jerzy. Być dobrym dla samego siebie – o sztuce stawania się swoim przyjacielem. W <http://www.psychologia.edu.pl/dziupla-jurka/teksty/1371-byc-dobrym-dla-samego-siebie-o-sztuce-stawania-sie-swoim-przyjacielem.html>.
- Minczakiewicz Elżbieta. 1996. Postawy nauczycieli i uczniów szkół powszechnych wobec dzieci niepełnosprawnych umysłowo. W Społeczeństwo wobec autonomii osób niepełnosprawnych, Poznań: Eruditus.
- Plieth-Kalinowska Izabela. 2009. Bezpieczeństwo społeczne dziecka niepełnosprawnego z dysfunkcją narządu ruchu. Bydgoszcz: Wyd. Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Śleboda Renata. 2012. „Kierunek i poziom wykształcenia oraz aktywność zawodowa osób z niepełnosprawnością”. Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania II/2012(3) : 107-130.
- Uchnast Zenon. 1990. Metoda pomiaru poczucia bezpieczeństwa. W Wykłady z psychologii w KUL. T. 5, 95-108. Katolicki Uniwersytet Lubelski.
- Bilski Dionizy, Wilmowska-Pietruszyńska Anna. 2013. „Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia”. Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania II/2013(7) : 5-20.
- Winiarski Mikołaj. 2000. Rodzina – szkoła – środowisko lokalne. Problemy edukacji środowiskowej. Radom-Warszawa: Wyd. IBE.
- www.niepełnosprawni.gov.pl/niepełnosprawnosć-w-liczbach/opracowania-analityczno-tabelary/.