

Etyczne i prawne aspekty pracy pielęgniarki dotyczącej osób niepełnosprawnych w świetle konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych

The ethical and legal aspects of nurse's work related to disabled people in light of United Nations Organisation Convention and the rights of disabled people

Katarzyna Studnicka

¹Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Lublinie
ul. Grenadierów 3, 20-331 Lublin

AUTOR DO KORESPONDENCJI:
Katarzyna Studnicka
Ul. Zachodnia 1/61
20-620 Lublin
e-mail: katstop@o2.pl

STRESZCZENIE

Etyczne i prawne aspekty pracy pielęgniarki dotyczącej osób niepełnosprawnych w świetle konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych

Wprowadzenie. Mówiąc o niepełnosprawności warto byłoby zastanowić się nad jej definicją, nie istnieje bowiem jedna, dokładna definicja; niepełnosprawność to problem społeczny, relacje jakie zachodzą pomiędzy zdrowiem człowieka a społeczeństwem, danym środowiskiem. 6 września 2012 roku przez Prezydenta RP Bronisława Komorowskiego została podpisana Konwencja praw osób niepełnosprawnych. Podpisanie powyższej Konwencji wskazuje, iż Polska gotowa jest na zmiany, zmiany ważne dla całego społeczeństwa, ale przede wszystkim osób niepełnosprawnych. Główną myślą Konwencji jest wolność człowieka. Osoba niepełnosprawna nie może przecież być pozbawiona wpływu na swoje życie, czy to z powodu uszkodzenia organizmu czy innej dysfunkcji. Ma prawo do korzystania z tego, co dostępne dla wszystkich. Pielęgniarki jako grupa zawodowa w swojej pracy bardzo często spotykają osoby niepełnosprawne. Ważne jest by oprócz roli pielęgnacyjnej czy opiekuńczej, mogły one zapewnić osobom niepełnosprawnym fachową pomoc dotyczącą ich funkcjonowania w społeczeństwie poprzez znajomość odpowiednich aktów prawnych. **Cel pracy.** Celem niniejszego artykułu było przedstawienie treści oraz znaczenia Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych. Ujęto również etyczne i prawne aspekty pracy pielęgniarki z osobami niepełnosprawnymi.

Materiały i metody. Krytyczna analiza dostępnego piśmiennictwa.

Wnioski. Ratyfikacja Konwencji wymusiła w polskim prawie istotne zmiany. Wprowadzenie Konwencji winno uświadomić obywatelowi polskiemu, iż osoba niepełnosprawna ma takie samo prawo do życia, kultury, czy inne prawa człowieka. Edukacja pielęgniarki zwiększa jej świadomość z zakresu tematyki pielęgnowania osób niepełnosprawnych. Istotną rolę w walce z dyskryminacją odgrywają różnego rodzaju akcje czy kampanie społeczne.

Słowa kluczowe: konwencja ONZ, pielęgniarka, osoba niepełnosprawna, etyka zawodowa

ABSTRACT

The ethical and legal aspects of nurse's work related to disabled people in light of United Nations Organisation Convention and the rights of disabled people

Introduction. Talking about disability, its definition should be considered. Indeed, there is no one definition of this term. It is sometimes defined as a social problem, relations between people's health and society or the environment. On 6th September 2012, the President of Poland – Bronisław Komorowski signed Convention on Disabled People Rights. Signing the above document indicates that Poland is ready for changes, which are crucial not only for the whole society, but mostly for disabled. The keynote of the convention is human freedom. Disabled people cannot be deprived of influence on his/her own life because of neither disability nor another dysfunction. Disabled person has the right to use everything, which is available for everyone. Nurses as a professional group have frequent contact with disabled people. It is important to provide them with professional help concerning living in the society thanks to knowledge of appropriate legal acts.

Aim. The thesis aims to present the content and significance of United Nations Organisation Convention on Disabled People Rights. Moreover, some ethical and legal issues of nurse's work with disabled people were included.

Materials and methods. Critical analysis of available publications.

Conclusions. In order to ratify the convention in Poland, some important changes need to be introduced. Introducing convention should make Polish aware that disabled have the same rights to life, culture and choices as anyone else. Through education, nurses broaden their knowledge concerning nursing of disabled people. A vital role in the fight against discrimination is played by different kinds of actions and campaigns.

Key words:

United Nations Organisation Convention on Disabled People Rights, a nurse, disabled person, professional ethics

WPROWADZENIE

Wyjaśnienie pojęcia niepełnosprawności

Wg Spisu Powszechnego z 2011 roku liczba osób niepełnosprawnych wynosiła 4,7 mln, czyli 12,2% ludności kraju. Prawne potwierdzenie niepełnosprawności posiada 3,1 mln osób. Porównując dane z Spisu Powszechnego z 2002 i 2011 liczba osób niepełnosprawnych obniżyła się o 759,2 tys. [1].

Mówiąc o niepełnosprawności warto byłoby zastanowić się nad jej definicją, nie istnieje bowiem jedna, dokładna definicja. Analizując problem osób niepełnosprawnych powinno uwzględnić się klasyfikacje i kryteria niepełnosprawności.

W 1980 roku Światowa Organizacja Zdrowia przyjęła Międzynarodową Klasyfikację Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń gdzie nastąpił podział niepełnosprawności ze względu na stan zdrowia:

- **Niesprawność, uszkodzenie (impairment)** – oznacza wszelką stratę lub wadę psychicznej, fizjologicznej lub anatomicznej struktury lub czynności. Można więc przyjąć zakres, że uszkodzenie mieści się od częściowego do całkowitego zniesienia czynności danego narządu. Jako przykład podać można uszkodzenie narządów mowy, narządów zmysłów, narządów ruchu. Niepełnosprawność jest następstwem uszkodzenia [2].
- **Niepełnosprawność (disability)** – każde ograniczenie bądź brak zdolności, które umożliwiają wykonywanie czynności w sposób uznawany za normalny dla istoty ludzkiej; inaczej można powiedzieć iż jest to dysfunkcja na poziomie zadań.
- **Upośledzenie (handicap)** – to sytuacja niekorzystna dla danej osoby, która wynika z uszkodzenia bądź niepełnosprawności i uniemożliwia czy też ogranicza pełnienie ról, które uważa się za normalne biorąc pod uwagę płeć, wiek, czynniki kulturowe i społeczne [3].

Istotne jest zwrócenie uwagi na niepełnosprawność od strony społecznej. Warto mieć na uwadze, iż niepełnosprawność odnosi się nie tylko do stanu zdrowia, ale również do wymiaru psychospołecznego (np. likwidacja barier architektonicznych, postrzeganie osoby niepełnosprawnej jako pełnoprawnej jednostki społecznej). W modelu społecznym przyczyn niepełnosprawności nie szuka się w jednostce, wskazuje się na ograniczające środowisko i bariery społeczne, ekonomiczne i fizyczne. Nie postrzega się niepełnosprawności jako zjawiska kategoryzującego ludzi, ale jako uniwersalne ludzkie doświadczenie. Pozwala to dostrzec, że osoby te nie stanowią grupy mniejszościowej [4].

Światowa Organizacja Zdrowia w 2001 roku na nowo zdefiniowała pojęcie niepełnosprawności. W Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF) uwzględniono społeczny aspekt niepełnosprawności, który związany jest z udziałem w życiu społecznym. W ICF niepełnosprawność definiowana jest jako wielowymiarowe zjawisko wynikające ze wzajemnych oddziaływań między ludźmi a ich fizycznym i społecznym otoczeniem [5]. Według ICF niepełnosprawność rozumiana jest także jako termin, który obejmuje uszkodzenia, ograniczenia aktywności i uczestnictwa. Niektóre państwa europejskie takiej jak Hiszpania czy Francja wzorują się na tejszej definicji i tworzą własne [6]. W Polsce definicje niepełnosprawności można znaleźć między innymi w Ustawie z dn. 27 VIII 1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Brzmi ona następująco: „*trwała bądź okresowa niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodująca niezdolność do pracy*” [7].

30 stycznia 2012 roku Minister Zdrowia Bartosz Arłukowicz podpisał dwuletnią umowę o współpracy na lata 2012-2013 pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a Regionalnym Europejskim Biurem Światowej Organizacji Zdrowia. Celem powyższej umowy jest wprowadzenie m.in. Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). Poprzednia edycja umowy na lata 2010 – 2011 była nadzorowana przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, zrealizowano m.in. tłumaczenie klasyfikacji ICF na język polski, co zostało zatwierdzone przez Światową Organizację Zdrowia. Warto zwrócić uwagę na korzyści płynące z wdrożenia powyższej klasyfikacji. W Polsce konieczne będzie przeprowadzenie szkoleń pracowników ochrony zdrowia, osób zajmujących się rehabilitacją (medyczną, społeczną, zawodową) psychologów, socjologów i przekonanie ich o zaletach płynących z wprowadzenia ICF [8].

Podsumowując, wszystkie wyżej wymienione definicje niepełnosprawności odnoszą się do człowieka, postrzeganego w trzech podstawowych sferach: biologicznej, psychicznej i społecznej. Jest to bardzo ważny element w postrzeganiu czy też kwalifikowaniu danej osoby jako niepełnosprawnej. Polityka państwa powinna uwzględniać system wsparcia; bez niego osoby niepełnosprawne nie są w stanie funkcjonować wg ogólnych norm i zasad. To społeczeństwo obywatelskie winno wykazać się obowiązkiem wyrównywania szans osób niepełnosprawnych oraz przeciwdziałania dyskryminacji, zarówno społecznej jak i zawodowej [9]. Z kolei osoba niepełnosprawna

powinna brać czynny udział w rehabilitacji, w każdej ze sfer: medycznej, psychologicznej, społecznej i zawodowej. Końcowym jej efektem powinna być integracja osoby niepełnosprawnej ze środowiskiem. Istotnym elementem całego procesu rehabilitacji jest podmiotowe traktowanie osoby niepełnosprawnej, gdyż nie jest ona jedynie przedmiotem zamierzonych działań rehabilitacyjnych [10].

Konwencja i jej wpływ na legislację w Polsce

Ratyfikacja Konwencji wymusiła istotne zmiany w polskim prawie, m.in.:

- uchwalenie ustawy kodeks wyborczy wraz z przepisami ułatwiającymi osobom niepełnosprawnym udział w głosowaniu,
- uchwalenie ustawy o języku migowym, nowelizację ustawy o rehabilitacji zawodowej, społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych – w szczególności w zakresie wspierania zatrudnienia,
- statusu psa asystującego,
- ustawy o wdrożeniu niektórych przepisów UE dotyczących równego traktowania – w szczególności wprowadzenie obowiązku przeprowadzania racjonalnych usprawnień,
- zmiana przepisów dotyczących dostępności środków transportu (nowe przepisy dotyczą tramwajów, autobusów, metra),
- wprowadzenie nowej formuły kształcenia uczniów z szeroko pojętymi specjalnymi potrzebami [11].

28 sierpnia 2013 Minister Pracy i Polityki Społecznej powołał zespół do spraw wykonywania postanowień Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych. Zadania powyższego zespołu dotyczą m.in. działań jakie zostały podjęte przy wdrażaniu postanowień Konwencji, zmian w systemie prawnym dotyczącym osób niepełnosprawnych [12].

„Niepełnosprawność jest pojęciem ewoluującym i że niepełnosprawność wynika z interakcji między osobami z dysfunkcjami a barierami wynikającymi z postaw ludzkich i środowiskowymi, które utrudniają tym osobom pełny i skuteczny udział w życiu społeczeństwa, na zasadzie równości z innymi osobami.” Z kolei artykuł 1 mówi, iż *„Do osób niepełnosprawnych zalicza się te osoby, które mają długotrwale naruszoną sprawność fizyczną, umysłową, intelektualną lub w zakresie zmysłów co może, w oddziaływaniu z różnymi barierami, utrudniać im pełny i skuteczny udział w życiu społecznym, na zasadzie równości z innymi osobami”* [13].

Powyższe definicje pochodzą z Konwencji ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych, która przyjęta została w Nowym Jorku 13 grudnia 2006 roku, jako pierwszy światowy akt prawny odnoszący się do praw osób niepełnosprawnych. W Polsce została ratyfikowana 6 września 2012 roku przez Prezydenta RP Bronisława Komorowskiego. Podpisanie powyższej Konwencji wskazuje, iż Polska gotowa jest na zmiany, zmiany ważne dla całego społeczeństwa, ale przede wszystkim osób niepełnosprawnych.

W Konwencji zostały zawarte prawa, które odnoszą się do wszystkich osób z niepełnosprawnością, bez względu na jej rodzaj i stopień; godne życie bowiem należy się każdemu.

Główną myślą Konwencji jest wolność człowieka. Osoba niepełnosprawna nie może przecież być pozbawiona wpływu na swoje życie, czy to z powodu uszkodzenia organizmu czy innej dysfunkcji. Ma prawo do korzystania z tego, co dostępne dla wszystkich. Ważne jest by taki stan osiągać poprzez likwidację barier architektonicznych, dostosowywanie prawa, a przede wszystkim uświadamianie społeczeństwa [14]. Z artykułu 5 Konwencji wynika *„(...) wszystkie osoby są równe w obliczu prawa i przysługuje im bez żadnego wyjątku ochrona prawna i korzystanie z prawa na równych zasadach(...)”*.

Wg artykułu 4 pkt 1 Konwencji należy: *„(...) Promować organizację szkoleń osób pracujących z ludźmi niepełnosprawnymi w zakresie praw określonych w niniejszej Konwencji tak, aby można było zapewnić osobom niepełnosprawnym lepszą pomoc i usługi gwarantowane poprzez wyżej wymienione prawa.”*

Z kolei pkt 3 dotyczy kwestii współpracy z osobami niepełnosprawnymi, mając na uwadze również niepełnosprawne dzieci przy wdrażaniu i opracowywaniu regulacji prawnych.

W myśl Konwencji kobiety niepełnosprawne powinny mieć zapewniony dostęp do pełnego rozwoju i umacniania pozycji społecznej, natomiast dzieci niepełnosprawne winny mieć zagwarantowane *„(...) prawo do wyrażania swoich poglądów w sprawach ich dotyczących, na równych zasadach z innymi dziećmi. Poglądy te będą traktowane z powagą właściwą dla ich wieku i dojrzałości (...)”*. Zwiększyć świadomość społeczną, zminimalizować stereotypy, awersję wobec osób niepełnosprawnych oraz *„(...) promować świadomość potencjału i wkładu w życie społeczne osób niepełnosprawnych (...)”* to m. in. zadania, ujęte w artykule 8 jakie nakłada Konwencja na Państwa-Strony.

Zasadę dostępności przedstawia artykuł 9, określający zapewnienie osobom niepełnosprawnym dostępu na równi z innymi obywatelami do środków transportu, informacji i komunikacji oraz środowiska. Artykuł 10 Konwencji gwarantuje osobom niepełnosprawnym prawo do życia, na równi z innymi obywatelami. Z kolei w artykule 11 Państwa Strony zobowiązują się do udzielania ochrony i bezpieczeństwa osobom niepełnosprawnym w sytuacjach zagrożenia, m.in. w sytuacjach konfliktu zbrojnego czy katastrof naturalnych.

W kolejnych artykułach (12-17) Konwencja odnosi do:

- Równości wobec prawa,
- Dostępu do wymiaru sprawiedliwości,
- Wolności i bezpieczeństwa osobistego,
- Wolności od tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania,
- Wolności od wyzysku, przemocy i wykorzystywania,
- Ochrony integralności osobistej.

Następne dwa artykuły (18-19) gwarantują prawo do swobody przemieszczania się, wyboru miejsca zamieszkania oraz prowadzenia samodzielnego życia. Osoby niepełnosprawne na równi z innymi osobami mają prawo do życia w społeczeństwie i dokonywania wyborów.

W punkcie „b” artykułu 19 została ujęta potrzeba wsparcia świadczona poprzez lokalną społeczność.

Możliwość samodzielnego poruszania się lub przy pomocy innych, przemieszczania czy podróżowania, dostęp do środków ułatwiających poruszanie się i różnych form opieki i szkoleń gwarantuje artykuł 20 Konwencji. Kwestię wolności słowa i wyrażania poglądów, na równi z innymi członkami społeczeństwa omówiono w artykule 21. Gwarantuje on m.in. „*Akceptowanie i umożliwienie korzystania w sytuacjach oficjalnych z języka migowego, pisma Braille’a, wspomagających i alternatywnych sposobów komunikacji oraz wszelkich innych środków, sposobów i formatów komunikacji wybranych przez osoby niepełnosprawne (...)*”.

Artykuł 22 i 23 Konwencji zapewnia poszanowanie prywatności oraz życia rodzinnego i prywatnego, w tym likwidację dyskryminacji wobec osób niepełnosprawnych, na każdej płaszczyźnie życia, tj. małżeństwa, rodziny, rodzicielstwa i związków.

Kolejne dwa artykuły (24, 25) dotyczą bardzo istotnych kwestii, mianowicie edukacji i zdrowia. Zastosowanie tych praw winno odbyć się na zasadach równości i poszanowania godności oraz bez wszelkich form dyskryminacji. Państwa Strony wg powyższych artykułów gwarantować powinny m.in. dostęp osób niepełnosprawnych do bezpłatnej edukacji na poziomie podstawowym i średnim integracyjnym; „*szkolnictwa wyższego, zawodowego, edukacji dorosłych i kształcenia ustawicznego*”, oraz najwyższy poziom dostępu do usług zdrowotnych, rehabilitacji zdrowotnej.

W myśl artykułu 26 rehabilitacja ma za zadanie umożliwić osiągnięcie jak „*największej samodzielności, zdolności fizycznej, intelektualnej, społecznej i zawodowej*”. Integracja ze społeczeństwem powinna odbywać się w każdej ze sfer życia.

Osoby niepełnosprawne mogą również podejmować na równi z innymi, pracę. Takie prawo daje im artykuł 27 Konwencji. Z kolei artykuł 28 gwarantuje „*adekwatne warunki życia i ochronę socjalną*”.

Artykuł 30 i 31 Konwencji daje prawo osobom niepełnosprawnym do udziału w życiu politycznym, kulturalnym, zajęciach sportowych i różnych formach wypoczynku na równi z innymi członkami społeczeństwa. Państwa Strony winny dostosować procedury prawne oraz wspomagać obszar działań życia publicznego osób niepełnosprawnych. Pozostałe artykuły Konwencji dotyczą m.in. gromadzenia danych i prowadzenia statystyk (art. 31), współpracy międzynarodowej (art. 32), nadzoru związanego z wprowadzaniem Konwencji, powołania Komitetu Praw Osób Niepełnosprawnych (art. 33).

Postawy wobec osób niepełnosprawnych

Pod pojęciem postawy rozumie się zazwyczaj względnie trwałe układy przekonań, emocji i uczuć oraz zachowań jednostki w odniesieniu do danego obiektu (osoby, przedmiotu, idei). [15].

O postawie można mówić gdy :

- jednostka uświadamia sobie istnienie pewnego przedmiotu, osoby czy idei,
- w trakcie obcowania z danym obiektem tworzą się pewne przekonania na jego temat;

- kontakty z obiektem prowadzą nie tylko do wytworzenia przekonań, ale również do ustosunkowania emocjonalnego, charakteryzującego się rodzajem uczuć wzbudzanych przez dany obiekt (pozytywne, negatywne) oraz ich siłą;
- stosunek emocjonalny, uczuciowy skłania jednostkę do określonego zachowania w odniesieniu do obiektu, wyrażającego się w tendencji do unikania czy agresji, bądź zbliżania się [15].

Na postawę wpływ mają dwie grupy czynników, jedna z nich związana jest z własną działalnością, druga natomiast dotyczy wpływu wywieranego w sposób mniej lub bardziej świadomy przez osoby i otoczenie, z którymi człowiek ma do czynienia podczas całego swojego życia. Postawy wobec innych osób kształtują się głównie pod wpływem kontaktów bezpośrednich. Znaczny wpływ na postawy dotyczące wartości oraz idei w dzisiejszych czasach mają środki masowego przekazu, między innymi telewizja czy internet.

Postawy mają również wpływ na procesy psychiczne, takie jak spostrzeganie, pamięć, myślenie, np. postawa przychylna sprawia, iż w danej osobie dostrzegamy pozytywne cechy, natomiast pomijamy ujemne; innym przykładem może być przecenianie kogoś lub czegoś bądź też niedocenywanie właściwości spostrzeganych przedmiotów czy osób [15].

Pozycja osób niepełnosprawnych w społeczeństwie jest różna w zależności od przejawianych wobec nich postaw. Postawy indywidualne osób sprawnych czy też samych inwalidów wobec siebie najczęściej formowane są na przykładzie postaw ogólnospołecznych [16]. Postawy społeczne wobec osób niepełnosprawnych są bardzo różnorodne i wyrażają się we wszystkich swych składnikach: poznawczych (wiedza i przekonania dotyczące osób niepełnosprawnych), emocjonalnych (emocjonalno-oceniających) i behawioralnych [17].

Wyznacznikami dzisiejszych postaw są m.in.:

- Płeć – kobiety są w większym stopniu pozytywnie nastawione do osób z upośledzeniem zdrowotnym, rzadziej niż mężczyźni oceniają ludzi pod względem ich wartości,
- Wiek – niektóre badania dowodzą iż osoby młodsze są bardziej przychylne wobec inwalidów,
- Poziom wykształcenia- osoby posiadające wyższe wykształcenie są bardziej tolerancyjne wobec osób kalekich,
- Zawód – osoby, które wykonują ciężką pracę fizyczną są negatywnie nastawieni do osób niepełnosprawnych,
- Religia – jak niektóre badania dowodzą katolicy są w większym stopniu tolerancyjni wobec kalektwa niż protestanci,
- Poprzednie doświadczenia, które są wynikiem wcześniejszego już kontaktu z osobami niepełnosprawnymi [16].

W przypadku osób niepełnosprawnych można wyodrębnić dwa rodzaje reakcji. Pierwsza z nich dotyczy frustracji, która pojawia się z chwilą gdy kalektwo uniemożliwia człowiekowi wykonywane ważnych dla niego ról społecznych i tutaj system wartości nie ulga zmianie. Frustracja dotyczy działania, które zostaje zniweczone

przez przeszkodę albo natury zewnętrznej, albo natury wewnętrznej. Drugi wymaga zmian w systemie wartości i norm. Kontynuując, reakcje na frustracje mogą być następujące:

- Agresja – gdy skierowana jest na zewnątrz przejawia się we wrogości osoby niepełnosprawnej do otoczenia; gdy ukierunkowana jest na samego siebie stwarza poczucie lęku, odtrącenia, niskiej samooceny [16].
- Regresja – dezorganizacja funkcji psychicznych występująca w następstwie silnego napięcia emocjonalnego, przejawiająca się w powrocie do bardziej prymitywnych, infantrylnych form reagowania [18].
- Represja – świadome działania, za pomocą którego jednostka wyłącza nieprzyjemną treść ze swojej świadomości; ze względu na swój świadomy charakter, różni się od wyparcia, które jest nieświadome [19].
- Fiksacja – zjawisko utrwalania się pewnych sposobów zachowania (głównie pod wpływem przymusu spowodowanego silną frustracją), choćby były one zupełnie nielogiczne i przynosiły szkodę; sztywność myślowa, trwanie przy jednym sposobie rozwiązania problemów, mimo jego bezskuteczności. [20].

Postawy ludzi sprawnych wobec inwalidów mogą przybierać różne formy, od pełnej tolerancji i traktowania ich na równi z ludźmi zdrowymi po całkowity brak tolerancji i chęć wykluczenia ich ze społeczeństwa czy też z kręgu ludzi zdrowych (np. poprzez umieszczanie ich w domach specjalnej opieki, kształtowanie nieprawdziwych sądów o osobach niepełnosprawnych). Reakcje te można podzielić wg następujących kryteriów: oceniająco – emocjonalnego, poznawczego oraz związanego z zachowaniami; dodatkowo ten podział może być odnoszony do postaw pozytywnych jak i negatywnych [16].

Artykuł 31 oraz 32 Konstytucji RP z 2 maja 1997 r. gwarantuje, iż wszyscy wobec prawa są równi, mają prawo do równego traktowania poprzez władze publiczne oraz zakaz dyskryminacji w „*życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiegokolwiek przyczyny*” [21]. Z dyskryminacją można spotkać się w przypadku odmówienia zatrudnienia osobie niepełnosprawnej czy odmówienia wpuszczenia osoby niepełnosprawnej do miejsca użyteczności publicznej. Niekiedy bywa również tak, iż postawy społeczeństwa pozostawiają wiele do życzenia. Warto pamiętać, iż na każdy przejaw dyskryminacji należy reagować, jest ona bowiem prawnie zakazana.

Od wczesnych lat dzieciństwa kształtują się wzorce osobowe, bywa nieraz tak, że rodzice zakazują dzieciom kontaktu z osobami niepełnosprawnymi lub kalekimi. Brak kontaktów z takimi osobami czy to w pracy, czy poza nią nie sprzyja poznaniu jak naprawdę zaburzenia fizyczne wpływają na całokształt postawy. Istotną rolę w kształtowaniu się postaw odgrywają przesady lub uprzedzenia. Najczęściej stosowane są do osób, u których inwalidztwo jest wyraźne czyli widoczne. Wynika to z faktu „prostego, błędnego” myślenia iż jeżeli ciało jest wadliwe to osobowość danego człowieka również. W przypadku osób kalekich poza fizyczną awersją widocznych, znacznych deformacji ciała rolę elementu strachu mogą pełnić np. przekonania

o tym, że kalectwo jest karą za grzechy, że są to osoby „złe”, dotknięte karą boską za popełnione straszne przewinienia.

Akceptacja własnego kalectwa uzależnia to w jaki sposób zostanie ono przedstawione innym i jakie wywoła reakcje. W tym wypadku kaleka może zaprezentować swoje możliwości zawodowe, towarzyskie i inne, by oderwać uwagę od swojego inwalidztwa. Temu elementowi należy przypisywać pewien stres oraz niepewność, która wynika z poczucia zagrożenia i nie przyjęcia tego zachowania [22]. Osoby niepełnosprawne, które chciałyby pełniej uczestniczyć w życiu społecznym, na równi z innymi bardzo często kojarzeni są z pewnego rodzaju stereotypem inwalidy, przez co mają trudności w odnalezieniu się w różnorodnych sytuacjach. Wynika to z faktu niskiej świadomości społeczeństwa. Osoba niepełnosprawna to również osoba, z którą można niejednokrotnie normalnie porozmawiać, założyć rodzinę czy też pracować. Podejmowane są w tym celu różnego rodzaju inicjatywy społeczne czy też kulturowe, które mają na celu zmniejszenie tej przepaści i niewiedzy społeczeństwa.

15 stycznia 2014 po raz pierwszy w Polsce rozpoczęła się kampania społeczna pt. „Zabierz łaskę do kina”, zorganizowana przez Fundację Kultura bez Barrier. Kampania ta ma na celu ułatwienie osobom niepełnosprawnym (głównie niesłyszącym i niewidomym) dostępu do miejsc kultury takich jak kino, teatr czy muzeum. Składa się ona z trzech zdjęć (autorem ich jest Jacek Kołodziejwski) pokrytych czarnymi plamami, na których umieszczony jest opis tego co znajdują się „pod” owymi plamami. Powyższy pomysł odnosi się do zastosowania audiodeskrypcji (dzięki której osoby niewidome są w stanie poznać treść wyświetlanego filmu), napisów dla niesłyszących bądź tłumaczenie na język migowy [23]. Kampania to świetne rozwiązanie na propagowanie kultury oraz zwrócenie uwagi na problemy osób niepełnosprawnych. Ma ona charakter społeczny, pokazuje świat bez barier, dostępny dla wszystkich.

Udział pielęgniarstwa w opiece nad osobą niepełnosprawną w świetle przepisów prawa polskiego

„*Rehabilitacja osób niepełnosprawnych oznacza zespół działań, w szczególności organizacyjnych, leczniczych, psychologicznych, technicznych, szkoleniowych, edukacyjnych i społecznych zmierzających do osiągnięcia przy aktywnym udziale tych osób, możliwie najwyższego poziomu ich funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej*” [7].

Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych określa rehabilitację jako zespół działań oraz podstawowe formy rehabilitacji społecznej takie jak: warsztaty terapii zajęciowej, zespoły ćwiczeń fizycznych usprawniających psychoruchowo, relaksacyjnych, sportowych, turnusy rehabilitacyjne oraz inne zespoły aktywności społecznej odpowiadające potrzebom osób niepełnosprawnych [24].

Wraz z rosnącym zapotrzebowaniem na świadczenia rehabilitacyjne zwiększa się konieczność szkolenia przeddyplomowego oraz podyplomowego fachowych pracowników – członków zespołu rehabilitacyjnego. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 VII 2001 r. reguluje warunki specjalizacji lekarzy w zakresie rehabilitacji medycznej,

natomiast rehabilitacja medyczna uważana jest za podstawową dziedzinę medycyny. Zespół terapeutyczny to zespół kompetentnie dobranych specjalistów, którzy stanowią siłę i jakość rehabilitacji. Każdy z członków ma do wypełnienia ściśle określoną rolę, dzięki ścisłej współpracy z pacjentem i innymi członkami zespołu pod kierunkiem lidera, którym przeważnie jest lekarz specjalista w rehabilitacji medycznej [25]. Pielęgniarka – w zespole rehabilitacyjnym realizuje specjalistyczne zadania zawodowe oraz zadania wynikające z przyjętego programu rehabilitacji. Udziela osobie niepełnosprawnej instruktażu zabiegów w zakresie samopielęgnacji lub instruuje rodzinę pacjenta odnośnie do niezbędnych zabiegów pielęgnacyjnych i usprawniających, jednak ze względu na stały – całodobowy kontakt z pacjentem odgrywa w zespole podstawową funkcję.

Na podstawie ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej pewne usprawnienia w zakresie rehabilitacji uzyskały pielęgniarki i położne, co stwarza dobre możliwości wykorzystania ich w czasie wczesnej całodobowej rehabilitacji, która musi być prowadzona u niektórych grup pacjentów. Jako członek zespołu terapeutycznego pielęgniarka z przygotowaniem w zakresie podstaw rehabilitacji odgrywa niezmiernie pozytywną rolę [24].

Warto zaznaczyć, iż kształcenie lub doksztalcenie się pielęgniarek poszerza ich horyzonty. Dobrze, więc by zaznajamiały się one problematyką osób niepełnosprawnych. Poprzez podnoszenie kwalifikacji zwiększają one swoje funkcję w ramach wykonywania swoich czynności, m.in. edukacyjną. Jako przykład można podać funkcję pielęgniarki szkolnej, która winna kształtować prawidłowe postawy wobec osób niepełnosprawnych. Otwieranie klas integracyjnych w przedszkolach czy szkołach to bardzo dobre rozwiązanie. Ułatwia to bowiem przystosowanie osoby niepełnosprawnej do środowiska, dając mu równą szansę na rozwój równocześnie podnosząc świadomość osób pełnosprawnych.

Pielęgniarka winna być rzecznikiem osoby niepełnosprawnej, działania opiekuńcze, rehabilitacyjne czy edukacyjne powinny być oparte na fachowej wiedzy. Cechować je powinno zdecydowanie w działaniu, ale przede wszystkim poszanowanie godności osoby niepełnosprawnej. Jak wcześniej wspomniano Konwencja gwarantuje to tymże osobom. Znajomość zagadnienia niepełnosprawności ułatwia również pracę pielęgniarsce środowiskowej, która bardzo często styka się z tym problemem. Aktywizacja osób niepełnosprawnych oraz funkcja informacyjna winny być w rozumieniu autora istotnym elementem jej pracy. Przykładem aktywizacji może być zachęcenie do udziału w życiu społecznym, kulturalnym oraz politycznym.

Podczas wykonywania codziennych czynności służbowych pielęgniarka powinna również opierać się na zasadach zawartych w Kodeksie etyki zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej. Wyrozumiałość, życzliwość, stwarzanie atmosfery bezpieczeństwa to tylko niektóre cechy ujęte w Kodeksie etyki, charakteryzujące pracę pielęgniarki. Istotne jest bardzo, by okazywała ona szacunek i poszanowanie godności wobec każdego pacjenta, bez względu na rasę, wyznanie religijne, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne różnice

[26]. Pielęgniarka zobowiązana jest również reagować na wszelkie patologie społeczne. W nawiązaniu do tematu niniejszego artykułu winna ona zwalczać wszelkie przejawy dyskryminacji osób niepełnosprawnych. Uświadamianie społeczeństwa, edukacja uczniów, udział w akcjach społecznych organizowanych przez różnorodne fundacje to tylko niektóre formy aktywności na rzecz walki z dyskryminowaniem osób niepełnosprawnych.

Etyka zawodowa winna być nieodłącznym elementem pracy, bowiem praca pielęgniarki opiera się bowiem na bezpośrednim kontakcie z drugim człowiekiem, dlatego tak ważne jest poszanowanie jego praw bez względu na jego stan zdrowia. Pielęgniarka winna traktować pacjenta jak człowieka, nie jak przedmiot wokół którego „musi” wykonywać zleconą pracę. Świat wartości ulega zmianie, życie w czasach wielkiego postępu powoduje, iż niejednokrotnie zapominamy o tym co jest najważniejsze, a mianowicie drugi człowiek.

PODSUMOWANIE

Podsumowując, ratyfikacja Konwencji dokonała zmian w polskim prawie, co zapewne bardzo ułatwi funkcjonowanie w życiu społecznym czy kulturalnym osobom niepełnosprawnym. Ważne jest również nastawienie całego społeczeństwa; jak wyżej wspomniano postawy ludzi sprawnych mogą przybierać różne formy. Dlatego warto uświadamiać, iż osoby niepełnosprawne zasługują na pełnię praw, propagować tolerancję i równe traktowanie oraz reagować w przypadku dyskryminacji czy innych negatywnych emocji, zachowań.

W myśl ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej, wykonywanie zawodu „polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na: rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta; rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta; planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem; samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych; realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji; orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych; edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia” [27]. Warto więc, choć na chwilę zastanowić się dokąd zmierzamy w swojej pracy; bo jeśli ma ona polegać tylko na mechanicznym wykonywaniu obowiązków, to nie ma ona głębszego sensu. Każdy z nas zasługuje na poświęcenie uwagi, chwilę rozmowy, ciepła. Myślę, że to wszystko jest do zrobienia, trzeba tylko chcieć; i nie zapominać, że wszyscy są równi. Niech ten oto cytat będzie zakończeniem powyższych rozważań.... *Równość w ludzkiej godności i wynikająca stąd równość praw i obowiązków jest wymogiem, bez którego stoczylibyśmy się w barbarzyństwo. [...] Wiara w tę równość nie tylko chroni naszą cywilizację, ale czyni nas ludźmi.* L. Kołakowski

PIŚMIENNICTWO

1. Biuro Rzecznika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych, dane demograficzne <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/niepelnosprawnosci-w-liczbach-dane-demograficzne/> 9 XII 2013.
2. Majewski T. Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych. Wrocław: Wydawnictwo Centrum Badawczo-Rozwojowe; 1995: 9-26.
3. Sowa J, Wojciechowski F. Proces rehabilitacji w kontekście edukacyjnym. Rzeszów: Wyd. Oświatowe FOSZE; 2001: 17-35.
4. Szluz B. Osoby niepełnosprawne w Unii Europejskiej – sytuacja i perspektywy. [w:] Gocko J, red. „Seminare – poszukiwanie naukowe”, Kraków – Łódź – Łódź: Wyd. Wyższe Seminarium Duchowne Towarzystwa Salezjańskiego; 2007, Tom 24: 325-337.
5. Piotrowicz R, Wapiennik E. Niepełnosprawny – pełnoprawny obywatel Europy. Warszawa: Urząd Komitetu Integracji Europejskiej; 2002: 19-23.
6. Węgrowska-Koski E, Walasiuk J, Wdówicki P. Udoskonalenie systemu funkcjonowania służb orzekających o niepełnosprawności. Nowe kryteria kwalifikujące do niepełnosprawności oraz procedury postępowania – propozycje zmian, materiały szkoleniowe dla lekarzy, Warszawa: Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej; 2006: 11-12.
7. Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, Dz. U. z 2011 r. nr 127, poz. 721 z późn. zm.
8. Wilmonska –Pietruszyńska A, Biłski D. Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia. [w:] Skiba W, Perchli – Włosik A. Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania. Warszawa: Wyd. PFRON, 2013; II/2013 (7):5-19;
9. Radziszewska M. Informator, przewodnik osoby niepełnosprawnej. Warszawa: Wyd. PFRON; 2008: 5-10.
10. Piątkowski W, Barański J. Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny. Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT; 2002: 119.
11. Ratyfikacja Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych przez Polskę <http://www.mpips.gov.pl/spoleczne-prawa-czlowieka/konwencja-o-prawach-osob-niepelnosprawnych/ratyfikacja-konwencji-o-prawach-osob-niepelnosprawnych-przez-polske>, 12 XII 2103.
12. Najnowsze zmiany w przepisach <http://www.ofoonr.lublin.pl/ABC.html>, 9 XII 2013;
13. Konwencja ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych Dz. U. z 2012 r. poz. 1169;
14. Mrugańska K. Wstęp. [w:] Waszkielewicz A. M. red. Polska droga do Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych ONZ. Kraków: Wyd. Fundacja Instytut Rozwoju Regionalnego; 2008: 6-7.
15. Kozłowski W. Postawy i nastawienia. [w:] Pomykała W. red. Encyklopedia pedagogiki, Warszawa: Wyd. Fundacja INNOWACJA; 1997: 611-615.
16. Tobiasz – Adamczyk B. Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1998: 131-136.
17. Sękowski AE. Psychospołeczne determinanty postaw wobec inwalidów. Lublin: Wyd. UMCS; 1994: 25-26.
18. Sobol E. red. Słownik wyrazów obcych PWN. Warszawa: Wyd. PWN; 2000:948.
19. Piłarski R. red. Wielka Encyklopedia Medyczna. Warszawa: Wyd. Agora; 2011, Tom 18: 151.
20. Kopaliński W. Podręczny słownik wyrazów obcych. Warszawa: Wyd. Wiedza Powszechna; 1996: 259.
21. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej Dz.U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.
22. Sokołowska M, Ostrowska A. Socjologia kalectwa i rehabilitacji. Wybrane problemy. Wrocław: Wyd. Polskiej Akademii Nauk; 1976: 68-72.
23. Kulturalna Kampania Społeczna „Zabierz łaskę do kina” <http://kulturabezbarier.org/zabierz-laske-do-kina!new,mg,2.html>, 134, 16 I 2014.
24. Kwolek A. red. Rehabilitacja medyczna. Wrocław: Wyd. Medyczne Urban & Partner; 2003, T. 1: 91-124.
25. Kwolek A. red. Rehabilitacja medyczna. Wrocław: Wyd. Medyczne Urban & Partner; 2003, T. 2: 34-47.
26. Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej <http://www.nipip.pl/index.php/prawo/uchwaly/krajowych-zjazdow/iv-krajowego-zjazdu-piellegniarek-i-polozonych/uchwaly?start=10>, 18 I 2014 .
27. Ustawa o zawodach Pielęgniarki i Położnej Dz. U. 2011 nr 174 poz. 1039.

Praca przyjęta do druku: 04.02.2014

Praca zaakceptowana do druku: 11.03.2014

