

Postawy społeczeństwa wobec osób niepełnosprawnych ze szczególnym uwzględnieniem osób z zespołem Downa

The attitudes of society towards disabled people with particular emphasis on people with Down syndrome

Anna Nawalana¹, Anna Majda²

¹Studentka kierunku Pielęgniarstwo studia stacjonarne drugiego stopnia, Wydział Nauk o Zdrowiu, UJ CM w Krakowie

²Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, UJ CM w Krakowie

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Anna Majda

Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa WNZ UJ CM

ul. Michałowskiego 12, 31-126 Kraków

e-mail: majdanna@poczta.onet.pl

STRESZCZENIE

Postawy społeczeństwa wobec osób niepełnosprawnych ze szczególnym uwzględnieniem osób z zespołem Downa

Cel pracy. Ukazanie postaw społecznych wobec osób niepełnosprawnych ze szczególnym uwzględnieniem osób z zespołem Downa.

Materiał i metodyka. Analiza dostępnej literatury zgodnie z kryteriami zawartymi w pytaniach badawczych.

Wyniki. Osoby niepełnosprawne często wzbudzają w społeczeństwie reakcje emocjonalne, takie jak: gniew, lęk, czy litość. Brak wiedzy na temat niepełnosprawności stwarza ryzyko powielania istniejących stereotypów. Osoby z zespołem Downa wielokrotnie charakteryzowane są według utartych schematów, np. jako infantylne, czy aseksualne. Ich wygląd zewnętrzny często odbierany jest jako „brzydota cielesna”, czyli rodzaj piętna. Niepełnosprawność wiąże się z kategoryzowaniem jednostek na „lepsz” i „gorsze” oraz praktykami dyskryminacyjnymi.

Wnioski. Na przestrzeni dziejów można dostrzec ewaluację postaw wobec osób niepełnosprawnych, w tym osób z zespołem Downa. Postawy skrajnie negatywne, takie jak: eliminacja, izolacja zostają stopniowo zastępowane postawami bardziej przychylnymi. Niestety w środowisku społecznym, także medycznym nadal funkcjonują krzywdzące stereotypy na temat osób niepełnosprawnych, które wraz z uprzedzeniami i procesem piętnowania czynią z nich ludzi „gorszej kategorii”.

Słowa kluczowe: stereotypy, uprzedzenia, piętno, niepełnosprawność, zespół Downa

ABSTRACT

The attitudes of society towards disabled people with particular emphasis on people with Down syndrome

Aim. Showing social attitudes towards disabled people with particular emphasis on people with Down syndrome.

Materials and methods. Analysis of the available literature in accordance with the criteria of the research questions.

Results. People with disabilities often evoke emotional reactions in society, such as anger, fear or pity. Lack of knowledge about disability poses a risk of perpetuation of existing stereotypes. People with Down syndrome are frequently characterized according to common patterns, like being infantile or asexual. Their appearance is often perceived as “a physical ugliness” and is a type of stigma. Disability involves categorizing individuals into “better” and “worse”, along with discriminatory practices.

Conclusions. Over the centuries we can observe the evaluation of attitudes towards disabled people, including those with Down syndrome. Extremely negative attitudes, such as, elimination or isolation are being gradually replaced by more favorable attitudes. Unfortunately, in the social environment, including the medical one, there are still some harmful stereotypes about disabled people, which together with prejudice and stigmatization process make them second-class individuals.

Key words: stereotypes, prejudice, stigma, disability, Down syndrome

WPROWADZENIE

W literaturze można spotkać mnóstwo różnorodnych definicji postawy, związane jest to m.in. z tym, iż pojęcie to znajduje wydzwięk w terminologii wielu nauk społecznych, takich jak np. psychologia, pedagogika, socjologia, czy też nauk humanistycznych, do których zaliczamy m.in. filozofię [1]. W celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia licznych nieporozumień i niejasności wynikających z dużej liczby definicji postawy, postanowiono wyodrębnić kilka jej koncepcji, które bezpośrednio odzwierciedlają sztańdardowe orientacje teoretyczne w naukach społecznych, a tym samym tworzą trójkomponentową strukturę tego terminu. Według S. Miki nawiązują one do: koncepcji socjologicznych (gdzie ogromne znaczenie odgrywa emocjonalny stosunek do obiektu, będącego przedmiotem postawy), teorii poznawczych, które jak sama nazwa wskazuje podkreślają poznawczy aspekt postawy oraz behawioryzmu, psychologii uczenia się, gdzie ogromne znaczenie odgrywa zachowanie. Można więc zauważyć, iż postawa to „suma” trzech komponentów: afektywnego, poznawczego oraz behawioralnego, które są ze sobą sprzężone i wzajemnie się przenikają. Analizując składowe postawy wobec osób zmagających się z niepełnosprawnością należy uwzględnić kilka kluczowych pojęć, takich jak: uprzedzenie (związane z emocjonalnym składnikiem postawy), stereotyp (związany z kognitywnym składnikiem postawy) oraz stygmat/piętno (związany z behawioralnym składnikiem postawy) [2].

Charakteryzując postawy społeczeństwa wobec osób niepełnosprawnych możemy wykorzystać podział zaproponowany przez psychologa T. Mądrzyckiego. Uczony ten, posługując się m.in. tzw. kierunkiem (jedną z cech postawy), różnicował je na: dodatnie – pozytywne oraz ujemne – negatywne. Niniejszy artykuł skupia się na tych drugich, czyli postawach nieprzychylnych, pejoratywnych, jakie prezentowane są wobec osób z niepełnosprawnością i które towarzyszą człowiekowi od zarania dziejów [3].

CEL PRACY

Ukazanie postaw społecznych wobec osób niepełnosprawnych, ze szczególnym uwzględnieniem osób z zespołem Downa.

Pytania badawcze:

1. Jaki jest związek między uprzedzeniami a afektywnym komponentem postawy?
2. Jaki jest związek między stereotypami, a kognitywnym komponentem postawy?
3. Jak jest związek między piętnowaniem, a behawioralnym komponentem postawy?

MATERIAŁ I METODYKA

W niniejszej pracy wykorzystano analizę piśmiennictwa z lat 1997–2012. Dobór pozycji uwarunkowany był kryteriami zawartymi w pytaniach badawczych. Ponadto wykorzystano własne obserwacje interakcji, jakie zachodzą między osobami pełnosprawnymi i niepełnosprawnymi, a także liczne stereotypowe wypowiedzi, mity i przesady na temat osób z trisomią chromosomu 21, usłyszane w najbliższym środowisku, w tym także medycznym.

Jaki jest związek między uprzedzeniami a afektywnym komponentem postawy?

W przypadku osób niepełnosprawnych wielokrotnie mamy do czynienia z uprzedzeniem, które określane jest jako „nieuzasadnione, nieprzyjemne uczucie w stosunku do kogoś, czegoś; negatywny stosunek, niechęć, złe nastawienie do kogoś, czegoś, oparte na niesprawdzonych założeniach” [4, s. 131]. Zdaniem G. W. Allporta uprzedzenie można definiować jako „antypatię wynikającą z błędnego lub nieelastycznego uogólnienia. Uprzedzenie można odczuwać lub wyrażać. Może być skierowane do całej grupy albo do jednostki, która jest członkiem tej grupy” [5, s. 29]. Analizując te definicje można dostrzec pewien związek z afektywnym komponentem postawy. Zasadniczą rolę odgrywają w nim emocje jakie generowane są wobec przedmiotu postawy oraz ocena wartościująca zgodnie, z którą jednostka może być określana, np. jako „dobra lub „zła”. Można zauważyć, iż osoby niepełnosprawne wielokrotnie wzbudzają w społeczeństwie różnorodne reakcje emocjonalne, takie jak: irytacja, gniew, lęk, czy litość. Często jest to także strach, przed nawiązaniem relacji, kontaktu, wynikający z nieumiejętności odnalezienia się w interakcji z tym co „inne”, „nietypowe”. Należy zaznaczyć, iż już na przestrzeni wieków, osoby „odmienne”, charakteryzujące się, np. deficytem w sferze intelektualnej lub deformacjami w wyglądzie fizycznym wzbudzały negatywne emocje, co skutkowało odrzuceniem tych jednostek przez społeczeństwo, a więc wprowadzeniem segregacji, którą można zaliczyć do praktyk dyskryminacyjnych. Jako przykład można wymienić starożytne cywilizacje Grecji i Rzymu, gdzie osoby „słabe”, „chore” uśmiercano, lub wypędzano z miasta. Również w Średniowieczu istniało przekonanie, iż wszelkie cierpienia i choroby są karą bożą. Epoka ta pełna była sprzeczności, z jednej strony jednostki niepełnosprawne były wzgardzane, poniżane i izolowane, z drugiej „era chrześcijaństwa” nakazywała, aby „człowiek średniowiecza (...) litował się nad nieszczęśliwcami, dając im schronienie i łyżkę strawy” [6, s. 89]. Analizując dalszy przebieg historii można zauważyć, iż także okres II wojny światowej „przepełniony” był wrogością, nienawiścią do osób niepełnosprawnych, które zgodnie z ideą „czystości rasowej” promowaną przez A. Hitlera należało wyeliminować, aby nie „zaśmiecały” nacji nordyckiej [6]. Możemy więc przypuszczać, iż tej okrutnej segregacji, jaka występowała na przestrzeni wieków podlegały także osoby z zespołem Downa, ze względu na występujące u nich upośledzenie intelektualne oraz specyficzny wygląd, który mógł być odbierany jako sprzeczny z utartymi kanonami piękna i estetyki. Należy zaznaczyć, iż według niektórych badaczy los nie zawsze był tak „okrutny” dla osób z trisomią chromosomu 21. „Odmienność” osób niepełnosprawnych często wzbudzała fascynację, zainteresowanie i łączona była z działaniem sił nadprzyrodzonych. Istnieją przypuszczenia, że na przestrzeni wieków wśród niektórych plemion istniał kult osób z zespołem Downa. Jako przykład można podać Omleków zasiedlających od 1500 r. p.n.e. do 300 r. n.e. obszary wokół Zatoki Meksykańskiej. Wielu uczonych dopatruje się w ich dziełach sylwetek osób prezentujących cechy mogące świadczyć o zespole Downa, należy jednak zaznaczyć, iż nie zostało to potwierdzone naukowo [7].

Jaki jest związek między stereotypami a kognitywnym komponentem postawy?

Brak wiedzy na temat danej niepełnosprawności/jednostki chorobowej oraz brak doświadczeń w relacjach z osobami, które się z nią „zmagają” sprzyjają postawianiu nie tylko uprzedzeń, ale także stereotypów. Stereotyp jest „to funkcjonujący w świadomości społecznej skrótowy, uproszczony i zabarwiony wartościująco obraz rzeczywistości odnoszący się do rzeczy, osób, grup społecznych (...) często oparty na niepełnej i lub fałszywej wiedzy o świecie, utrwalony jednak przez tradycję i nie ulegający zmianom” [8, s. 187]. Pojęcie to po raz pierwszy zostało wprowadzone do literatury przez amerykańskiego dziennikarza W. Lippmana. Uważał on, iż stereotypy są to „umysłowe obrazy” opierające się na własnych wyobrażeniach, które wartościują jednostki, często bez obiektywnych informacji na ich temat, a tym samym upraszczają to co złożone i skomplikowane. Te „gotowe” obrazy bardzo często pozbawiają jednostkę indywidualności, a tym samym wtłaczają ją w utarte schematy [5]. Można zauważyć, iż termin ten wiąże się z kolejnym składnikiem postawy, którym jest komponent poznawczy. Odnosi się on do wiedzy oraz przekonań nosiciela postawy o obiekcie postawy. Kreowanie stereotypowego wizerunku osób niepełnosprawnych wielokrotnie odbywa się za pośrednictwem mediów. Często stanowią one jedyne źródło wiedzy o świecie. Według A. Hulka jednostkowe i społeczne postawy wobec osób niepełnosprawnych w dużej mierze zależą właśnie od tego, w jaki sposób środki masowego przekazu, takie jak: telewizja, radio, książka, prasa ukazują ich problemy. Medialny wizerunek osoby niepełnosprawnej często oscyluje między dwoma skrajnymi sposobami jej charakterystyki. Człowiek z jednej strony prezentowany jest jako „biedny niepełnosprawny”, któremu towarzyszy cierpienie, współczucie i wszechobecna litość, z drugiej jako „bohater”, „heros”, „superkaleka” dzielnie pokonujący wszelkie przeciwności losu, bariery spotykane na swej życiowej drodze, czym zdobywa społeczne uznanie i podziw. W charakterystykach tych zapomina się, że niepełnosprawność nie odbiera prawa do bycia „normalnym” człowiekiem – a nie człowiekiem „biednym”, czy też „heroicznym”. Ważne jest, aby pamiętać, iż niepełnosprawność jest tylko pewnym aspektem istnienia jednostki, która się z nią zmagą, a nie całym jej życiem [9]. Należy zaznaczyć, iż osoby z zespołem Downa często podlegają stereotypizacji, czyli „procesowi kategoryzowania jednostek jako członków danej grupy oraz wnioskowania, że charakteryzują się one cechami właściwymi dla tej grupy” [10, s. 23]. Osobom z trisomią chromosomu 21, wielokrotnie przypisuje się: łagodność, uczuciowość, uspołecznienie, posłuszeństwo, poczucie humoru, a nawet skłonność do „błazenady”. Już sam J. L. Down dokonując ich charakterystyki wymienił kilka cech osobowości, takich jak: „przyjazny stosunek do ludzi i zwierząt, upór, zdolność do naśladowania” [11, s. 235]. Inny uczony J. E. Wallin „wyróżnił wśród osób z zespołem Downa dwa typy: 1. żywy, dobroduszny, uprzejmy, uczuciowy, radosny i łagodny i 2. nieśmiały, małomówny, apatyczny, destruktywny, hałaśliwy, negatywistyczny” [11, s. 236]. Należy zaznaczyć, iż wielu uczonych przyjmuje odmienne stanowisko twierdząc, iż osoby te charakteryzuje różnorodność

temperamentów i nie ma cech, które byłyby typowe tylko dla nich. W świadomości społecznej funkcjonuje przeświadczenie, iż osoby upośledzone intelektualnie pozostają wiecznymi dziećmi pomimo swej biologicznej dorosłości. Zdarza się, że terapeuci, czy też inni członkowie zespołów medycznych stosują wobec nich pieścizotliwe zdrobnienia, określenia, czy zmiękczenia imion. Należy zastanowić się, czy taki sposób zwracania się do osób niepełnosprawnych jest stosowny i czy nie utrwała infantylnego wizerunku osoby upośledzonej umysłowo. Stereotyp „wiecznego dziecka” wiąże się ze stereotypem bezużyteczności społecznej, zgodnie z którym osoby niepełnosprawne intelektualnie są niesamodzielne, niezaradne, całkowicie zależne od innych, a co za tym idzie są niezdolne do pełnienia ról społecznych i funkcjonowania zawodowego. Do innych stereotypowych poglądów na temat osób z zespołem Downa, możemy zaliczyć społeczne przeświadczenie o ich aseksualności oraz wczesnej umieralności. Nierzadko pojawiają się także opinie, iż występujące u nich upośledzenie umysłowe wiąże się z niedorozwojem emocjonalnym, przez co nie posiadają uczuć wyższych. Należy zaznaczyć, iż niepełnosprawność intelektualna często utożsamiana jest z chorobą psychiczną [12]. Osoby z zespołem Downa nierzadko postrzegane są jako „eksperyment Pana Boga”, albo wręcz przeciwnie jako „jednostki specjalnie przez Niego obdarowane”. Ich choroba wielokrotnie definiowana jest w sposób stereotypowy, jako „kara”, a także „balast dla rodziny”.

Jaki jest związek między piętnowaniem, a behawioralnym komponentem postawy?

Z tematyką uprzedzeń i stereotypów należy wiązać także problematykę dotyczącą piętnowania. Proces ten polega na „przyczepianiu” jednostce konkretnej etykiety: pozytywnej lub negatywnej, co w konsekwencji może prowadzić do jej dowartościowania (etykieta pozytywna) lub dewaluowania (etykieta negatywna). Wielokrotnie dotyczy to osób niepełnosprawnych, którym przypisuje się epitety o wydźwięku pejoratywnym, np. „wybrakowany”, „niepełnowartościowy”, czy „bezużyteczny”, które „szufladkują” je do kategorii „jednostek gorszych”. Piętnowanie „może być ograniczone tylko do wyrażania niechęci i dystansu lub wiązać się z ujawnionymi zachowaniami agresywnymi wobec osób piętnowanych” [2, s. 105]. Analizując znaczenie tego pojęcia, można dostrzec związek z kolejnym, behawioralnym składnikiem postawy. Piętnowanie jednostki, związane jest z pewnym posiadanym przez nią atrybutem, który nie jest społecznie akceptowany. E. Goffman wyróżnił trzy rodzaje piętna oraz cech, które uruchamiają proces piętnowania: 1. „Brzydota cielesna” – deformacje fizyczne, 2. „Wady charakteru” – zaburzenia psychiczne, nałogi, bezrobocie, 3. „Piętna grupowe” – rasa, płeć, wyznanie, narodowość [2].

Należy zaznaczyć, iż stygma (piętno) może doprowadzić do wystąpienia „skrajnej” postawy negatywnej: przemocy (np. fizycznej, psychicznej, seksualnej) wobec jednostki naznaczonej - osoby niepełnosprawnej. W przypadku osób z zespołem Downa atrybutem dyskredytującym może być charakterystyczny wygląd zewnętrzny oraz niepełnosprawność intelektualna. Jednostki, u których występuje ta choroba genetyczna, bardzo często okre-

ślane są mianem „downów”, „mongolów”, czy „idiotów”. Zwroty te są obraźliwe i utrwalają ich negatywny wizerunek w społeczeństwie. Zdarza się, że osoby z zespołem Downa, zaliczane są do kategorii: „obcych”, „odmiennych”, co może sprzyjać podejmowaniu wobec nich zachowań dyskryminacyjnych. Uwidacznia się to zwłaszcza w środowisku szkolnym - w klasach integracyjnych, gdyż dzieci zdrowe nie zawsze akceptują swoich niepełnosprawnych rówieśników.

Na podstawie danych zaprezentowanych w raportach CBOS można zauważyć, iż wzrósł odsetek badanych (z 58% w 1993 r. na 68% w 2000 r.), którzy uważali, iż miejsce pracy osoby niepełnosprawnej powinno znajdować się „w zwykłych zakładach pracy, między zdrowymi osobami, przy specjalnie przystosowanych dla nich stanowiskach pracy” [za: 13, s. 209]. Można stwierdzić, iż społeczeństwo dostrzega konieczność uczestnictwa osób niepełnosprawnych w życiu społecznym i kulturalnym. Takie nastawienie sprzyja integracji, czyli budowaniu więzi i nawiązywaniu pozytywnych relacji. Należy jednak zaznaczyć, iż osoby z zespołem Downa mają niewielką szansę realizowania określonych czynności zawodowych. Po zakończeniu kształcenia młodzież ta „zderza się” z rzeczywistością, w której bariery rynku pracy utrudniają podjęcie zatrudnienia, a co za tym idzie uczestnictwo w życiu społecznym.

■ PODSUMOWANIE

Analizując komunikaty wydane przez Centrum Badań Opinii Społecznej można zauważyć, iż na przestrzeni lat zwiększył się odsetek respondentów twierdzących, iż społeczeństwo polskie ma pozytywne nastawienie do osób niepełnosprawnych. W 1993r. ankietowani ci stanowili 39% badanych, a w 2000r. już 46% badanych [za: 13]. Najnowszy komunikat pochodzący z 2007r. (uwzględniający opinię 844 osób) pokazuje, iż 45% respondentów uważało, iż osoby niepełnosprawne są pozytywnie oceniane przez Polaków; 48% badanych było przeciwnego zdania, a tylko 8% nie potrafiło w sposób jednoznaczny wyrazić swojej opinii [14]. Pomimo tego, iż na przestrzeni lat nastąpiła „poprawa” postawy wobec osób niepełnosprawnych, społeczeństwo nadal jest „podzielone”, co potwierdzają także badania A. Ostrowskiej. Pokazują one, iż ponad połowa ankietowanych (52%) stwierdziła, iż społeczeństwo ma „negatywny” stosunek do osób niepełnosprawnych, natomiast 39% respondentów określiło, iż jest on „pozytywny” [15].

Postawy wobec osób niepełnosprawnych wielokrotnie determinowane są przez rodzaj niepełnosprawności. Według A. Sękowskiego „najbardziej negatywne postawy dotyczą osób, u których niepełnosprawność i deformacje fizyczne są szczególnie widoczne już w pierwszym kontakcie, jak w przypadku osób upośledzonych umysłowo, osób z niepełnosprawnością sprzężoną, deformacjami tułowia i innych części ciała oraz ze zniekształceniami twarzy” [za: 16, s. 344]. Społeczeństwo wielokrotnie „ocenia” jednostkę biorąc pod uwagę wyłącznie jej wygląd zewnętrzny, czyli jej „widoczność”. Dlatego też wszelkie odstępstwa od utartych kanonów piękna traktowane są jako pewien rodzaj stygmy, czyli naznaczenia. Niewątpliwie jest tak w przypadku osób z zespołem Downa, które charakte-

ryzują się określonymi cechami fenotypowymi wynikającymi z abberacji chromosomowej. R.J. Jones stwierdził, iż „(...) postawy wobec osób niepełnosprawnych różnicują się w zależności od stopnia fizycznego kalectwa, zaburzeń psychospołecznych i upośledzenia umysłowego i przejawiają się poprzez zachowanie społecznego dystansu w sytuacjach społecznych” [za: 3, s.89]. Także zdaniem A. Giryńskiego i S. Przybylskiego społeczeństwo o wiele bardziej negatywnie patrzy na osoby z upośledzeniem umysłowym niż na osoby, u których występuje inny rodzaj niepełnosprawności, np. zaburzenie wzroku, czy słuchu [3].

Należy zaznaczyć, iż postawy pracowników ochrony zdrowia wobec osób niepełnosprawnych są niejednokrotnie odzwierciedleniem nieprzychylnych postaw jakie można dostrzec w społeczeństwie. Potwierdzeniem tego mogą być wyniki badań jakie przeprowadzono wśród członków personelu POZ (lekarzy, pielęgniarek, rehabilitantów, recepcjonistów). Wynika z nich, iż postawy wobec osób z niepełnosprawnością intelektualną są „przeciętne”. Dalsza analiza skłania do wysunięcia wniosku, iż osoby te są postrzegane stereotypowo, a personel często przejawia wobec nich uprzedzenia. W opisie pacjenta upośledzonego intelektualnie padały stwierdzenia sugerujące, iż jest on niesamodzielnny, niezaradny oraz ma małe zdolności intelektualne. Badani twierdzili, iż pacjent ten ma trudność w nawiązaniu kontaktu (70%), nie umie właściwie zaprezentować objawów swojej choroby (69,9%), nie rozumie zaleceń terapeutycznych (65,2%) oraz nie dba o higienę (64,5%). Należy zaznaczyć, iż postawy personelu POZ były bardziej niekorzystne wobec osób z niepełnosprawnością intelektualną niż osób z zaburzeniami psychicznymi [17].

Postawy wobec osób niepełnosprawnych mogą być także uwarunkowane takimi czynnikami, jak: płeć, wiek, narodowość, czy poziom wykształcenia osoby będącej „nosicielem” postawy. Liczne badania pokazują, iż kobiety w przeciwieństwie do mężczyzn częściej prezentują postawy pozytywne wobec osób z niepełnosprawnością (chętniej udzielają im pomocy, charakteryzują się wyższym poziomem akceptacji) [18]. Można przypuszczać, iż wynika to z cech jakie wpisane są w kobiecą naturę, takich jak troskliwość, opiekuńczość, altruizm. Wiele źródeł podaje także, iż osoby młodsze (np. uczniowie, młodzież studująca) oraz posiadające wyższy poziom wykształcenia chętniej deklarują gotowość do niesienia pomocy osobom z niepełnosprawnością. Odmiennność kulturowa także może warunkować postawy wobec osób niepełnosprawnych. Badania przeprowadzone przez M.T. Westbrook, pokazują, iż narodowość może być czynnikiem, który je różnicuje. Najbardziej przychylne postawy wobec osób niepełnosprawnych prezentują Niemcy, Anglicy i Włosi, natomiast postawy negatywne charakterystyczne są dla Chińczyków, Greków i Arabów. Wymienione narodowości najmniej akceptują osoby chorujące na AIDS, choroby psychiczne oraz osoby, u których występuje niepełnosprawność intelektualna [18]. Pomimo tego, iż Polacy nie zostali uwzględnieni w badaniach, funkcjonuje przeświadczenie, że w porównaniu do społeczności krajów zachodnich prezentują „(...) mniejszą tolerancję wobec odmiennych zachowań osób niepełnosprawnych, a tym samym bardziej odrzucające i nieprzychylne wobec nich postawy” [za: 3, s. 93].

Ogromne znaczenie w kształtowaniu postaw może mieć także proces integracji, a więc częstotliwość kontaktów osób „zdrowych” z tymi, u których stwierdza się dysfunkcje warunkujące niepełnosprawność. Przebywanie w towarzystwie osoby niepełnosprawnej umożliwia lepsze jej poznanie, identyfikację jej potrzeb i problemów, a co za tym idzie pozwala nawiązać relację opartą na akceptacji. Zdaniem Wishart i Johnson „(...) rzadki kontakt i stereotypy sprzyjają kształtowaniu postaw negatywnych wobec dzieci z zespołem Downa” [za: 16, s. 349]. Wszelkie ograniczenia spowodowane chorobą bardzo często są czynnikiem sprzyjającym marginalizacji osoby, która się z nią zmagają. Zjawisko to sprzyja powstawaniu podziału na: „my – zdrowi” i „oni – niepełnosprawni”. „Klasyfikacja” ta może prowadzić do wystąpienia „skrajnej” postawy negatywnej jaką jest przemoc. Analizując wyniki badań jakie zostały przeprowadzone w 2009 r. przez Instytut Psychologii – Polską Akademię Nauk, można zauważyć, iż „ponad 30% Polaków zna przypadki stosowania przemocy wobec osób niepełnosprawnych” [za: 19]. Dodatkowo należy zaznaczyć, iż badania przeprowadzone przez P.M. Sullivan i J.F. Knutson w Nebrasce pokazują iż dzieci, u których występuje niepełnosprawność są 3-4 - krotnie częściej maltretowane przez rodziców, niż dzieci zdrowe [za: 20].

Środki masowego przekazu, takie jak np. telewizja, radio, internet i prasa mogą mieć ogromny wpływ na kształtowanie postaw wobec osób niepełnosprawnych. W publikacji M. Iłowieckiego można przeczytać, że aż 70% Polaków po zakończeniu swojej nauki w szkole, zdobywa wiedzę o świecie za pośrednictwem telewizji [za: 9]. W ostatnich latach ogromną „potęgą” stał się także internet, z którego korzysta coraz więcej Polaków. Brak własnych doświadczeń oraz kierowanie się wyłącznie tym czym „karmią” media może sprzyjać powstawaniu krzywdzących stereotypów na temat „niepełnosprawności”. Media pokazują osoby dotknięte tą chorobą genetyczną (seriale, reklamy), jednak mimo to nadal są one powodem żartów i „krzywdzących” komentarzy.

WNIOSKI

Na przestrzeni minionych epok można zaobserwować stopniową ewaluację postaw wobec osób niepełnosprawnych: od izolacji i segregacji do integracji, tolerancji i akceptacji. Należy jednak zaznaczyć, iż stereotypy, uprzedzenia i stygmaty nadal funkcjonują we współczesnym świecie i mają związek z tzw. postawami ukrytymi, czyli „nieuświadomioną, automatyczną reakcją oceniającą”. Postawy wobec osób zmagających się z niepełnosprawnością można zaprezentować w postaci kontinuum – od postaw najbardziej pozytywnych, które wiążą się z akceptacją, empatią, integracją, do postaw maksymalnie/skrajnie negatywnych, które charakteryzuje, np. przemoc fizyczna, emocjonalna, zaniechanie, odrzucenie. Można więc zauważyć, iż postawy społeczne są złożone, różnorodne i często mają zmienny charakter. Potwierdzeniem tego jest dysonans jaki wielokrotnie można zauważyć między postawami dekla-

rowanymi przez jednostkę w sposób werbalny, a jej zachowaniem prezentowanym w bezpośrednich relacjach z osobą niepełnosprawną. Rozbieżność ta może być spowodowana lękiem przed ujawnieniem rzeczywistych postaw negatywnych (często wrogich), które nie są tolerowane przez społeczeństwo. H. Larkowa [za: 18] zauważyła, iż postawy werbalne są zwykle pozytywne, natomiast postawy niezwerbalizowane, które drzemą głęboko w człowieku są negatywne.

Niezwykle ważnym aspektem jest podejmowanie prób, działań mających na celu kształtowanie właściwych, pożądanych postaw społecznych (także pracowników ochrony zdrowia) wobec osób niepełnosprawnych, w tym osób z zespołem Downa. Ogromne znaczenie ma także zapobieganie ich społecznej marginalizacji i przeciwdziałanie transmisji międzypokoleniowych stereotypów na temat niepełnosprawności.

PIŚMIENNICTWO

1. Bujnowska A. Uwarunkowania postaw studentów pedagogiki wobec osób niepełnosprawnych. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, 2009.
2. Kazanowski Z. Przemiany pokoleniowe postaw wobec osób upośledzonych umysłowo. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, 2011.
3. Kossewska J. Uwarunkowania postaw. Nauczyciele i inne grupy zawodowe wobec integracji szkolnej dzieci niepełnosprawnych. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, 2000.
4. Dunaj B. red. Słownik współczesnego języka polskiego. Kraków: Wydawnictwo SMS, 2000; tom V: 131.
5. Nelson TD. Psychologia uprzedzeń. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2003.
6. Cytowska B. Ewolucja wzorów zachowań i postaw wobec ludzi niepełnosprawnych intelektualnie. Kwartalnik Pedagogiczny. 2008; 1: 85-101.
7. Minczakiewicz EM. Zespół Downa. Księga pytań i odpowiedzi. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia, 2010.
8. Mikrut A. Stygmat „upośledzenie umysłowe” a ryzyko zostania ofiarą przemocy. Szkoła Specjalna. 2007; 3: 184-191.
9. Bieganowska A. Model niepełnosprawności w mediach a postawy wobec osób niepełnosprawnych. Szkoła Specjalna. 2005; 5: 362-371.
10. Zacharuk T, Zaremba W. Niepełnosprawność jako czynnik dyskryminujący w percepcji młodzieży. Raport z badań. Opieka, Wychowanie, Terapia. 2003; 3: 23-29.
11. Kostrzewski J. Cechy osobowości 8-15-letnich dzieci z zespołem Downa. Roczniki Pedagogiki Specjalnej. 2002; 12/13: 235-252.
12. Chodkowska M, Szabala B. Osoby z upośledzeniem umysłowym w stereotypowym postrzeganiu społecznym. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, 2012.
13. Orlowska M. Postawy Polaków wobec osób niepełnosprawnych. Szkoła Specjalna. 2001; 4: 208-212.
14. Chajda E. Postawy wobec osób niepełnosprawnych. Warszawa [31.08.2007]. Komunikat nr: 3826. [Data cytowania 02.05.2013] Dostępny pod adresem http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2007/K_169_07.PDF
15. Ostrowska A. Postawy społeczeństwa polskiego w stosunku do osób niepełnosprawnych. [w:] Gustavsson A, Zakrzewska-Manterys E. red. Upośledzenie w społecznym zwierciadle. Warszawa: Wydawnictwo „Żak”; 1997: 75-95.
16. Sękowski AE, Niziołek M. Uwarunkowania postaw wobec osób niepełnosprawnych o różnych rodzajach niepełnosprawności. Przegląd Psychologiczny. 2011; 4 (54): 343-361.
17. Boreczek A, Otrębski W, Wiącek G. Ustosunkowanie pracowników podstawowej opieki zdrowotnej wobec pacjentów z niepełnosprawnością intelektualną i zaburzeniami psychicznymi. [w:] Zasepa E. red. Choroba, niepełnosprawność, cierpienie oraz postawy wobec nich – w teorii i w badaniach. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej; 2010: 343-383.
18. Zasepa E, Czałaba Cz, Starzomska M. Postawy wobec niepełnosprawności i osób niepełnosprawnych. Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo. 2005; 1: 23-36.
19. Durda R. Nie widzieć, nie słyszeć, nie mówić. ... Niebieska Linia. 2011; 4 (75): 1-6.
20. Jarosz E. Niepełnosprawność i krzywdzenie dzieci. Niebieska Linia. 2011; 4 (75): 9-12.

Praca przyjęta do druku: 15.05.2013

Praca zaakceptowana do druku: 20.05.2013