

RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA



Sytuacja osób niepełnosprawnych. Portret demograficzny, ekonomiczny i społeczny

Redakcja naukowa
Piotr Łysoń



Warszawa 2023

Materiały z III Kongresu Demograficznego. Część 14



RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

Sytuacja osób niepełnosprawnych. Portret demograficzny, ekonomiczny i społeczny

Redakcja naukowa
Piotr Łysoń



Materiały z III Kongresu Demograficznego. Część 14

Warszawa 2023

Recenzent

dr hab. Ewa Giermanowska (Uniwersytet Warszawski, Instytut Stosowanych Nauk Społecznych)

Redakcja językowa i korekta

Dorota Bojarska-Lis, Tadeusz Olechowski

Koordinacja prac wydawniczych

Departament Opracowań Statystycznych GUS

Prace wydawniczo-poligraficzne

Zakład Wydawnictw Statystycznych – zespół pod kierunkiem Macieja Adamowicza

Druk i oprawa

Zakład Wydawnictw Statystycznych

Publikacja dostępna na stronie kd.stat.gov.pl; przy cytowaniu prosimy o podanie źródła.
Artykuły zawarte w niniejszej publikacji wyrażają własne poglądy autorów.

Warszawa 2023

© Copyright by Rządowa Rada Ludnościowa

© Copyright by Główny Urząd Statystyczny

ISBN 978-83-67087-48-3

e-ISBN 978-83-67087-49-0

Przedmowa

Monografia, którą oddajemy do Państwa rąk, jest pokłosiem konferencji III Kongresu Demograficznego, organizowanego w latach 2021–2022 z inicjatywy Rządowej Rady Ludnościowej wspólnie z Głównym Urzędem Statystycznym i Polskim Towarzystwem Statystycznym. Kongres stanowi dobrą formę przekazania społeczeństwu wiedzy o stanie i strukturze ludności, a także upowszechnienia wyników spisów powszechnych. Dlatego od początku kongresy są powiązane ze spisami: pierwszy odbył się w 2002 r., po przeprowadzeniu NSP 2001, a drugi – w 2012 r., po przeprowadzeniu NSP 2011. Program III Kongresu Demograficznego zawierał prezentację wyników NSP 2021.

Na III Kongres Demograficzny składało się 25 konferencji i debat prowadzonych we wszystkich regionach Polski, w miastach wojewódzkich i powiatowych oraz w gminach, pod wspólnym hasłem „Wyzwania demograficzne Polski na XXI wiek”. Celem kongresu było przedstawienie wyników pogłębionych analiz i badań dotyczących zmian sytuacji demograficznej, jakie następują w kraju oraz w poszczególnych jednostkach administracyjnych. Zmiany te cechują się silnym zróżnicowaniem przestrzennym zarówno pod względem zakresu, jak i charakteru i w coraz większym stopniu wpływają na wszystkie wymiary życia społecznego i rozwój gospodarki. Prezentowane na kongresie analizy statystyczne oraz wyniki badań prowadzonych przez przedstawicieli wielu dyscyplin naukowych pozwalają wyjaśnić przyczyny oraz skutki zachodzących procesów i zjawisk demograficznych, zwłaszcza depopulacji i migracji, oraz poznać ich uwarunkowania społeczne i ekonomiczne, dotyczące przede wszystkim: zdrowia, gospodarki, pracy, edukacji i kwalifikacji, ubezpieczeń społecznych, rolnictwa, zagospodarowania przestrzennego i suburbanizacji. Poszczególne konferencje poświęcono wyodrębnionym demograficznie grupom i problemom: rodzinie i uwarunkowaniom prokreacji, młodzieży, osobom starszym i procesom podwójnego starzenia się populacji, zdrowiu dzieci i sytuacji osób z niepełnosprawnościami.

W III Kongresie Demograficznym uczestniczyli pracownicy urzędów statystycznych, członkowie Polskiego Towarzystwa Statystycznego, przedstawiciele Polskiej Akademii Nauk, szkół wyższych i instytutów naukowych oraz eksperci. Do udziału w wydarzeniu zostali zaproszeni również posłowie, ministrowie, kierownicy instytucji publicznych, przedstawiciele samorządów lokalnych, administracji rządowej

Przedmowa

i samorządowej, naukowcy, nauczyciele akademicy, studenci, członkowie organizacji obywatelskich i mediów. Współorganizatorami konferencji byli wojewodowie, samorządy regionalne i lokalne, PAN i uczelnie. Dzięki hybrydowej formie w każdej z nich uczestniczyło kilkaset osób. Nagrania z konferencji są dostępne na kanale Głównego Urzędu Statystycznego w serwisie YouTube.

Konferencje naukowe III Kongresu Demograficznego otrzymały wsparcie finansowe Narodowego Banku Polskiego, Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń i Fundacji Orlen.

Prezes
Głównego Urzędu Statystycznego



dr Dominik Rozkrut

Warszawa, marzec 2023 r.

Spis treści

Wprowadzenie	7
Otwarcie konferencji	9
Roman Fedak	
Sytuacja demograficzna województwa lubuskiego	17
Katarzyna Góral-Radziszewska, Kamil Waśkiewicz, Maciej Potyra	
Analiza sytuacji zdrowotnej w Polsce na podstawie trwania życia w zdrowiu oraz przedwcześnie utraconych lat życia	23
Agnieszka Szlubowska	
Badanie zjawiska niepełnosprawności przez statystykę publiczną w Polsce	36
Piotr Łyson	
Niepełnosprawność w Polsce w 2019 r. na podstawie Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS)	53
Dorota Szaban, Maria Zielińska	
Niepełnosprawność w kontekście koncepcji wsparcia społecznego	61
Anna Dobrychłop	
Akademia równych szans – wyrównywanie szans osób z niepełnosprawnościami w dostępie do kształcenia i badań naukowych	74
Joanna Hoffmann-Aulich	
Niepełnosprawność w różnych aspektach, profilaktyka, wyzwania na przyszłość	93
Katarzyna Kochan	
Sytuacja osób Głuchych/głuchych w Polsce	103
Piotr Natkański	
Środowisko osób z niepełnosprawnością filarem w inkluzji przedsiębiorczości	108
Piotr Natkański	
Pomoc niepełnosprawnym uchodźcom z Ukrainy za pośrednictwem Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych	113
Elżbieta Miernik-Kurkurka	
Wsparcie instytucjonalne osób z niepełnosprawnościami na przykładzie działalności Środowiskowego Domu Samopomocy nr 3 „Arkadia” w Zielonej Górze	116
Zakończenie	121
Aneks tabelaryczny	123

Wprowadzenie

Wyzwania demograficzne na XXI wiek wymagają pogłębionej wiedzy o stanie i strukturze ludności. Racjonalne zagospodarowanie zasobów kapitału społecznego i ludzkiego, jakim w Polsce dysponujemy, wymaga rzetelnej oraz pogłębionej wiedzy o przyczynach i skutkach zachodzących zmian ludnościowych. Wiedza ta jest niezbędna do podejmowania trafnych decyzji strategicznych dotyczących rozwoju społecznego i ekonomicznego państwa. Założonym celem konferencji organizowanych w ramach III Kongresu Demograficznego w Polsce jest przekazanie wiedzy. Do realizacji programów konferencji organizatorzy zapraszali środowiska naukowe regionu, w którym odbywała się konferencja. Wykorzystane zostały wyniki badań i analiz wykonywanych w regionalnych środowiskach naukowych, akademickich i eksperckich. W ten sposób upowszechniono cenne wyniki dorobku badawczego wielu uczelni i ośrodków naukowych. Na konferencje zapraszano także władze regionalne i lokalne, stwarzając okazję do przekazania wiedzy i nawiązania potrzebnych kontaktów. Takiego podejścia do upowszechnienia i przekazania wiedzy wymaga zmieniająca się sytuacja demograficzna Polski na początku XXI w. Wyzwania, które stawia przed nami sytuacja demograficzna, dotyczą skutków wielu procesów demograficznych: zmienia się model rodziny, zmniejsza się poziom urodzeń, postępuje starzenie się polskiego społeczeństwa wskutek wydłużenia trwania życia, powiększa się liczba osób w bardzo zaawansowanym wieku, zmniejsza się liczba ludności, zwiększa się deficyt zasobów pracy. Trudny do odwrócenia jest zaawansowany proces wyludniania się terenów peryferyjnych sąsiadujących z granicami państwa, a także terenów peryferyjnych powiatów i województw. Wydłużenie trwania życia jest wielkim sukcesem nauki, ogromnym osiągnięciem cywilizacyjnym oraz konsekwencją coraz lepszych warunków życia i usług. Żyjemy coraz dłużej. W Polsce żyje blisko 7 tys. osób w wieku ponad 100 lat – będziemy ich mieli coraz więcej. Dlatego pilnym wyzwaniem jest stworzenie odpowiednich warunków życia osobom starszym, szczególnie gdy stają się niesamodzielnymi w bardzo zaawansowanym wieku. Niski poziom urodzeń notowany od ponad 3 dekad skutkuje coraz większymi deficytami na rynku pracy.

Ważnym i pilnym zagadnieniem staje się racjonalne zagospodarowanie zasobów kapitału ludzkiego i kapitału społecznego osób niepełnosprawnych. Tematem konfe-

rencji III Kongresu Demograficznego w Gorzowie była sytuacja osób niepełnosprawnych. Przedmiot konferencji pozwala wykorzystać: wiedzę, wyniki badań, statystyki oraz doświadczenia związane z różnymi zagadnieniami dotyczącymi kształtowania warunków życia, pracy i sytuacji osób niepełnosprawnych. Konferencja była odpowiednim miejscem spotkania się badaczy i analityków z praktykami oraz z osobami decydującymi w wielu ważnych sprawach kształtujących warunki życia osób niepełnosprawnych. W Polsce wciąż mamy bardzo duże niewykorzystane zasoby pracy spowodowane nieracjonalnym gospodarowaniem pracą i kapitałem ludzkim. Polscy przedsiębiorcy są zorientowani na taki model rynku pracy, na którym nieustannie występują różnorodne oraz obfite zasoby kapitału ludzkiego. Do wielu polskich przedsiębiorców wciąż jeszcze nie dotarła informacja, że w Polsce w nadchodzących dekadach nie będzie na rynku pracy obfitych zasobów pracy ani nadmiaru pracowników. Wciąż nie przyjmują do wiadomości, że obfite zasoby pracy w Polsce to bezpowrotnie miniona przeszłość. Coraz częściej trzeba będzie szukać pracowników, ponosić koszty przygotowania do pracy, zatrudniać osoby o mniejszych możliwościach zawodowych.

prof. dr hab. Józefina Hrynkiewicz
Przewodnicząca Rządowej Rady Ludnościowej
Uniwersytet Warszawski

Otwarcie konferencji

Witam Państwa serdecznie,

miesiące przygotowań, właściwie lata przygotowań, przeprowadzenie Powszechnego Spisu Rolnego, później Narodowego Spisu Powszechnego, a teraz przyszedł czas na opracowania, analizy i wnioski. Co się zmieniło w naszym kraju przez ostatnie 10 lat i jaki ma to wpływ na nasze życie? Na to pytanie odpowiada III Kongres Demograficzny. Dzisiejsza konferencja naukowa poświęcona jest osobom niepełnosprawnym. Będzie teoria, będzie także praktyka. Konferencja jest zorganizowana pod hasłem „Sytuacja osób niepełnosprawnych. Portret demograficzny, ekonomiczny i społeczny”, a organizatorami konferencji są: Rektor Akademii im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie Wielkopolskim, Wojewoda Lubuski, Przewodnicząca Rządowej Rady Ludnościowej, Prezes Głównego Urzędu Statystycznego oraz Dyrektor Urzędu Statystycznego w Zielonej Górze. Gospodarzem dzisiejszego spotkania jest Rektor Akademii im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie Wielkopolskim – Pani prof. Elżbieta Skorpiska-Raczyńska.

Krzysztof Baług

Szanowni Państwo,

mam ogromną przyjemność powitać Państwa w murach naszej uczelni, Akademii im. Jakuba z Paradyża, na bardzo znaczącym spotkaniu dla środowiska uczelni. Jako uczelnia publiczna pełnimy misję społeczną, służymy społeczeństwu, szeroko pojętemu społeczeństwu – zarówno młodym ludziom, jak i starszej młodzieży oraz osobom dojrzałym. Jesteśmy otwarci dla wszystkich, a szczególnie dbamy o to, aby każdy student, każdy gość czuł się tu komfortowo, dobrze i bezpiecznie. Dlatego też wiele lat temu powołaliśmy Pełnomocnika ds. Studentów Niepełnosprawnych, otworzyliśmy uczelnię również dla studentów niepełnosprawnych. Jesteśmy w Polsce, tak jak oceniają nas komisje wizytujące, uczelnią najlepiej przygotowaną do pracy ze studentem niepełnosprawnym. Nie wyobrażałam sobie, aby ta konferencja mogła się odbyć gdzie indziej i bez nas.

Jeszcze raz bardzo Państwu dziękuję za przybycie. Życzę owocnych i dobrych obrad – ku dobru osób, które potrzebują z naszej strony większego zainteresowania i większej troski.

prof. dr hab. Elżbieta Skorupska-Raczyńska

Rektor Akademii im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie Wielkopolskim

Szanowni Państwo,

serdecznie Państwa witam. Pani prof. Elżbiecie Skorupskiej-Raczyńskiej dziękuję za goszczenie nas w pięknych pomieszczeniach naszej gorzowskiej uczelni im. Jakuba z Paradyża. Bardzo serdecznie witam Panią prof. Józefinę Hrynkiewicz, Przewodniczącą Rządowej Rady Ludnościowej i bardzo się cieszę, że mogę z Panią Profesor po raz kolejny rozmawiać o tak istotnych i ważnych problemach. Witam Dyrektora Urzędu Statystycznego w Zielonej Górze, Pana Romana Fedaka.

Przed spotkaniem, na briefingu prasowym, Pani prof. Józefina Hrynkiewicz mówiła o polityce demograficznej i jej przemianach. Wszyscy jesteśmy mocno zaintrygowani demografią, która zadecyduje, jak będzie wyglądała nasza przyszłość i co się będzie działo w najbliższym czasie. Niepokojące dane dotyczące naszego województwa, o których będziemy rozmawiali na dzisiejszej konferencji, napawają nas troską. III Kongres Demograficzny pod patronatem Prezydenta RP Pana Andrzeja Dudy poświęcony jest kwestiom polityki ludnościowej i ekonomicznym oraz społecznym konsekwencjom zmian demograficznych. Pani prof. Józefina Hrynkiewicz powiedziała, że w ramach III Kongresu Demograficznego odbędzie się 25 konferencji w różnych województwach dotyczących problemów demograficznych.

W województwie lubuskim bardzo istotny jest temat związany z osobami niepełnosprawnymi. Będziemy mówili zarówno o statystyce, o wyzwaniach, które niesie niepełnosprawność, jak i o instytucjonalnych rozwiązaniach pomocy dla osób niepełnosprawnych. Pani prof. Józefina Hrynkiewicz powiedziała, że wiele problemów nie jest do końca zdiagnozowanych i na wiele pytań nie potrafimy odpowiedzieć, ale szukamy – w czasie rozmów, konferencji – odpowiedzi, rozwiązań prawnych, wszystkich aspektów, które mogą pomóc ludziom niepełnosprawnym, którzy w naszym województwie stanowią naprawdę duży odsetek – ponad 5% powyżej średniej w kraju. Z tym wyzwaniem musimy się mierzyć, ponieważ ludziom dotkniętym niepełnosprawnością należą się normalne warunki życia, normalne funkcjonowanie, normalne życie i normalna radość z życia.

Mam nadzieję, że dzisiejsza konferencja przyczyni się do skonstruowania wniosków, do przyjęcia rozwiązań prawnych, które będą ułatwiały życie osobom niepełnosprawnym. Decydentom, którzy odpowiadają za wprowadzanie rozwiązań prawnych wskaże rozwiązania, które powinni realizować, aby wszystkim ludziom związanym z niepełnosprawnością pomagać, aby ich życie było jak najbardziej normalne. Mam nadzieję, że na konferencji takie wnioski się pojawią. Dziękuję za obecność i życzę dobrych oraz owocnych obrad.

Władysław Dajczak
Wojewoda Lubuski

Szanowna Pani Rektor, Panie Wojewodo, Panie Prezesie, Panie Dyrektorze, Szanowni Państwo obecni tu na sali,

witam wszystkich obecnych w auli oraz uczestniczących *online* – połączyło się z nami ponad 150 osób z całej Polski. Witam Pana prof. Michała Kleibera, Prezesa Polskiej Akademii Nauk. Pan Profesor jest Wiceprzewodniczącym Komitetu Programowego III Kongresu Demograficznego. Witam uczestniczących w konferencji pracowników Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej, Ministerstwa Obrony Narodowej, Ministerstwa Kultury i Dziedzictwa Narodowego. Witam osoby, które łączą się z nami z: Zielonej Góry, Krakowa, Poznania, Olsztyna, Rzeszowa, Makowa, Warszawy, Katowic, Gorzowa oraz z wielu innych miejscowości w całej Polsce. Rozpoczynamy kolejną konferencję III Kongresu Demograficznego, który obraduje pod Honorowym Patronatem Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, Pana Andrzeja Dudy. Hasło III Kongresu: „Polska XXI wieku – wyzwania demograficzne”. Wyzwania demograficzne na XXI wiek to ważne zadanie dla wszystkich, którzy myślą i troszczą się o pomyślny rozwój naszego państwa. Musimy poznać przyczyny i skutki zmian sytuacji demograficznej, poznać wyzwania i racjonalnie dostosować rozwiązania w polityce społecznej i gospodarczej wobec zachodzących zmian. Dziękuję wszystkim, którzy uczestniczą w tej konferencji. Żałuję, że nie może dziś uczestniczyć w naszej konferencji Pani Minister, europoseł Elżbieta Rafalska, która przyjmuje w Warszawie delegację Parlamentu Europejskiego. Na prośbę Pani E. Rafalskiej przekazuję uczestnikom i organizatorom dzisiejszej konferencji życzenia owocnych obrad. Pani Elżbieta Rafalska ma ogromne zasługi w kształtowaniu systemu pomocy osobom niepełnosprawnym.

Materiały dzisiejszej, a także wszystkich konferencji będą dostępne w Internecie, zostaną też opublikowane. Bardzo dziękuję Pani Rektor, że możemy po raz drugi gościć u Pani z konferencją naukową (myślę, że to nie ostatni raz). Akademia im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie świetnie się rozwija. Specjalizuje się w tak ważnej dziedzinie, jak wykorzystanie potencjału i kapitału społecznego oraz kapitału ludzkiego osób niepełnosprawnych. To współcześnie jest niezwykle ważne. Zawsze było ważne. Zaświadcza o tym dzieło bł. Elżbiety Róży Czackiej, która podjęła się nie tylko opieki nad osobami niewidomymi, ale także przygotowania ich do zawodu i życia społecznego.

Bardzo dziękuję Wszystkim, którzy uczestniczyli w przygotowaniu dzisiejszej konferencji. Dziękuję Profesorom z Uniwersytetu Zielonogórskiego i Akademii w Gorzowie oraz Pracownikom Głównego Urzędu Statystycznego, Urzędów Statystycznych w Krakowie i Zielonej Górze za przygotowanie referatów i udział w przygotowaniu konferencji.

Dziękuję Wojewodzie Lubuskiemu, Panu Władysławowi Dajczakowi, za współorganizację konferencji. Dziękuję także Panu Dyrektorowi Urzędu Statystycznego w Zielonej Górze za współorganizację tej konferencji. Współorganizatorem III Kongresu Demograficznego jest Główny Urząd Statystyczny. W dzisiejszej konferencji uczestniczy Prezes Głównego Urzędu Statystycznego, Pan dr Dominik Rozkrut oraz Dyrektor Departamentu Społecznego GUS, Pan dr Piotr Łysoń. Witam Panów na konferencji w Gorzowie.

prof. dr hab. Józefina Hrynkiewicz
Przewodnicząca Rządowej Rady Ludnościowej

Szanowni Państwo,

chciałem się z Państwem podzielić pewną refleksją. Wiele lat temu do Gorzowa Wielkopolskiego przyjeżdżałem niemal codziennie, uczyłem w państwowej szkole zawodowej. Tego budynku jeszcze nie było. Widzę, jak dużo się zmieniło w Gorzowie, przejechałem kilka ulic – niby miejsca, które dobrze znam, a wygląda to naprawdę imponująco. Nie ukrywam, że dobrze się tu poczułem. Taką refleksją chciałem się z Państwem podzielić, ale warto z niej zrobić pewną paralelę do tematu dzisiejszej konferencji, czyli do tematyki i statystyki niepełnosprawności. W Gorzowie i w wielu innych miejscach w Polsce wyraźnie się poprawiło oraz wypiękniało i naprawdę postęp ten wygląda imponująco. Chciałbym, żebyśmy w statystyce publicznej w podobnym tempie rozwijali nasze zainteresowania, jeżeli chodzi o dostarczanie informacji niezbędnych do kształtowania polityki społecznej, zdrowotnej, tak istotnej ze względu na osoby niepełnosprawne.

Pamiętam, że kiedy byłem dyrektorem Urzędu Statystycznego w Szczecinie, w swojej naiwności powiedziałem, że wydamy publikację na temat niepełnosprawności w województwie lubuskim. Oczywiście tęgie głowy w centrali zaprotestowały, że urząd statystyczny nie ma prawa takiej publikacji przygotowywać, bo – „tylko my w tym kraju się znamy na tym temacie; to, że nic nie robimy to jest inna rzecz; choć nam się wydaje, że dużo robimy”. Nie wydaliśmy tej książki. Uznałem, że pracując w administracji publicznej można odnieść nieocenioną lekcję, którą czerpiemy z filmu „Miś”: Po co jest taka publikacja? Nikt nie wie, więc nikt się nie zapyta. Z właściwym sobie wdziękiem tak zrobiliśmy. Było to bardzo istotne doświadczenie testujące różne podejścia, różne źródła i pokazujące, w jakiej strasznej rozsypce i chaosie pracowały urzędy. Różne tryby kwalifikacji, orzekania o niepełnosprawności, np. ZUS czy nie – zebrać dane z jednostek było strasznie trudno, bo okazywało się często, że urzędy tymi danymi nie dysponowały, mimo że odpowiadały za procesy. W 2010 r. wydaliśmy taką publikację. Zawsze mam taką ambicję i chęci – nie wiem, jak to się udaje – żebyśmy odpowiedzieli na wyzwania, które stoją przed polityką, bo po to zostaliśmy tak skonstruowani, żeby odpowiadać na pytania. Bez nas te pytania pozostają bez odpowiedzi.

Staraliśmy się pogłębić procesy, które rozpoczął Pan prof. Józef Oleński jako Prezes Głównego Urzędu Statystycznego, związane w dużej mierze ze specjalizacją urzędów. Powołano międzyresortowy Zespół do Spraw Statystyki Niepełnosprawności w celu wsparcia rozwoju badań statystycznych dotyczących niepełnosprawności w Polsce. Prace metodologiczne i koncepcyjne dotyczące statystyki niepełnosprawności są prowadzone w Urzędzie Statystycznym w Krakowie w Ośrodku Statystyki Pomocy Społecznej.

Nie chcę, żeby nasza praca ograniczała się tylko i wyłącznie do analizy, którą kiedyś w Gorzowie nazwaliśmy windową, czyli do góry i na dół. To powinna być pogłębiona analiza, pogłębione korzystanie ze źródeł i dostarczanie pewnej informacji zwrotnej dla polityków, dla tych, którzy mają wpływ na funkcjonowanie określonych systemów. Nie tylko z perspektywy jakości danych statystycznych, ale też z perspektywy tego, żeby rozwiązać problemy, które te dane ujawniają. Chciałbym, żeby tak się działo.

Byłem zdeterminowany, aby jednym z elementów poprawy jakości danych statystycznych w spisie powszechnym było pytanie o niepełnosprawność i żeby odwrócić metodykę spisu powszechnego. Nie chciałem, aby ten spis był podobny do poprzedniego, z 11% kompletnością, który później okazał się problematyczny, jeśli chodzi o odpowiedzi na podstawowe pytania. Po to się robi spis powszechny, żeby gruntować jakość całego systemu statystycznego, aby najistotniejsze pytania stworzyły fundamenty, na podstawie których będzie można budować odpowiedzi. Tym fundamentem było to, że staraliśmy się przeprowadzić spis w trybie pełnym, pełną metodą, poprzez kontakt z całą populacją. Ten kontakt jest skonstruowany w oparciu o źródła administracyjne, wywiady bezpośrednie, które były realizowane np. przez Internet. Zadbaliśmy o to, żeby pytanie dotyczące niepełnosprawności znalazło się w spisie. Pytanie o niepełnosprawność przyczyni się do tego, że będziemy w stanie budować lepszy system monitorowania tych zjawisk i procesów po spisie powszechnym. Spis zadaje tylko jedno proste pytanie i jego zaletą jest to, że jesteśmy w stanie zdezagregować wyniki na bardzo niskie poziomy szczegółowości.

W grudniu 2022 r. planujemy prezentację wyników spisu w układzie siatki kilometrowej, ponieważ pełen spis dostarcza precyzyjnych informacji dających wiedzę na temat struktury rozkładu przestrzennego, na podstawie której można prowadzić dalsze badania. Pragnę, abyśmy planowali bieżące działania w taki sposób, żeby dawały podstawy do dalszego rozwoju. Bardzo liczę na moich dyrektorów, na nasze departamenty, żebyśmy starali się wykorzystać potencjał drzemący w tym, co już się udało zrobić. A z rozwojem jest tak, że każdy kolejny etap daje możliwość przyspieszenia następnych kroków. Liczę, że w kolejnych latach staniemy się istotnym ośrodkiem w zakresie informacji na temat zjawisk związanych z niesprawnością i niepełnosprawnością. Bardzo mi na tym zależy.

Krótko tylko powiem o wynikach spisu. Na Kongresie Statystyki Polskiej ogłosiliśmy kolejną część wyników spisu, czyli podstawowe cechy zaprezentowane w układzie wojewódzkim. Zachęcam wszystkich do analizy. Na naszej stronie można sprawdzić szczegółowy harmonogram publikacji kolejnych wyników. Takim kolejnym krokiem milowym jest wrzesień 2022 r., kiedy chcemy zaprezentować dane już w układzie według gmin oraz zapowiedziane przeze mnie ogłoszenie w grudniu danych w układzie siatki kilometrowej dla wybranych cech, ale nie dla wszystkich.

Otwarcie konferencji

W spisie znajdziemy 26 źródeł administracyjnych oraz wywiady bezpośrednie w różnych trybach. Chcemy, żeby dane zawarte w spisie były jak najszerszej wykorzystywane. Będziemy Państwa do tego zachęcać. Zachęcam również do wizyty na naszej stronie internetowej.

dr Dominik Rozkrut
Prezes Głównego Urzędu Statystycznego

Sytuacja demograficzna województwa lubuskiego

1. Wprowadzenie

Demograficzna sytuacja województwa lubuskiego, która wynika z danych za lata 2010–2021, nie jest optymistyczna, podobnie jak wymiar prognoz ludnościowych Głównego Urzędu Statystycznego dla regionu lubuskiego. Obserwuje się stopniowe wyludnianie się województwa, widoczne też w innych regionach kraju oraz znaczące zmiany struktury wieku ludności. Niezbyt korzystna bieżąca sytuacja demograficzna jest pochodną spadającej liczby urodzeń żywych i wzrostu liczby zgonów, negatywnego wymiaru migracji, a także spadku liczby kobiet w wieku prokreacyjnym i w konsekwencji niskich wartości współczynnika dzietności. Od 2020 r. sytuacja demograficzna regionu kształtowała się pod wpływem pandemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2. Według wyników poprzednich spisów powszechnych województwo lubuskie zamieszkiwało więcej ludności subiektywnie odczuwającej niepełnosprawność niż przeciętnie w kraju.

2. Liczba ludności

W latach 2010–2021 województwo lubuskie zamieszkiwało nieco ponad 1 mln mieszkańców. Zarazem w regionie obserwowany był postępujący spadek liczby ludności. Według wstępnych wyników Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2021 liczba ludności w końcu marca 2021 r. wyniosła 991,2 tys., tj. po raz pierwszy populacja regionu spadła poniżej poziomu 1 mln. Liczba mieszkańców zmniejszyła się o 31,6 tys. (o 3,1%) w porównaniu z wynikami poprzedniego spisu (NSP 2011).

Obecnie województwo lubuskie lokuje się wśród województw najmniej licznych pod względem liczby mieszkańców. Mniejszą liczebnie populację ma jedynie województwo opolskie, natomiast podobną liczbę ludności ma województwo świętokrzyskie i podlaskie. Ludność województwa stanowi 2,6% ludności Polski.

^a Dyrektor Urzędu Statystycznego w Zielonej Górze.

Analizując strukturę ludności według miejsca zamieszkania, widać że w ostatniej dekadzie kształtowała się ona dość stabilnie. Z ogółu ludności województwa około 65% stanowili mieszkańcy miast, natomiast 35% to mieszkańcy terenów wiejskich.

3. Zmiana liczby ludności w latach 2010–2021 i 2017–2030 (prognoza)

Procesy wyludnienia dotyczą przede wszystkim obszary peryferyjne i małe miasta. Przyrost ludności obserwowany jest wokół miast wojewódzkich oraz w kilku powiatach z najlepiej rozwiniętą gospodarką.

Zmniejszenie liczby ludności w 2021 r. w porównaniu z 2010 r. odnotowano w 11 z 14 powiatów, a największy był w powiecie żagańskim (o 6,7%). Powiaty, które odnotowały wzrost liczebności populacji to: gorzowski (o 5,7%), miasto na prawach powiatu Zielona Góra (o 2,2%) i zielonogórski (o 0,7%). Wśród gmin, spadek liczby ludności zanotowano w 63 z 82 gmin, a największy był w gminie miejskiej Gozdnica (o 13,3%), gminie wiejskiej Wymiarki (o 11,9%) i gminie miejskiej Łęknica (o 10,5%). Gminy te leżą na terenie powiatu żagańskiego i żarskiego. W 19 gminach odnotowano wzrost, przy czym największy był na terenach wiejskich w gminach: Deszczno (o 22,8%), Kłodawa (o 20,1%), Zabór (o 18,0%) i Santok (o 14,8%). Gminy te znajdują się na obszarze powiatu gorzowskiego i zielonogórskiego.

Prognoza demograficzna GUS na lata 2017–2030 obrazuje sytuację jeszcze mniej korzystną – w znacznym stopniu regres ludności. Należy zauważyć, iż projekcja ta nie uwzględniała globalnej pandemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2 i jej następstw w wymiarze demograficznym.

Zgodnie z prognozą w 2030 r. liczba ludności województwa lubuskiego wyniesie 979,7 tys. Przewiduje się, że w całym prognozowanym okresie liczba ludności będzie stale się zmniejszać, przy czym tempo tego spadku przyspieszy w bieżącej dekadzie.

Spśród 82 gmin spadek ludności do 2030 r. będzie miał miejsce w 66, w tym w 33 gminach ubytek ludności wyniesie powyżej 5%, a w 5 – powyżej 10% (w odniesieniu do 2016 r.). Szczególna koncentracja gmin, dla których przewidywany jest duży spadek ludności znajduje się w południowej części województwa oraz na obszarach przy granicy z Niemcami. Największym wzrostem ludności będą charakteryzować się z kolei, podobnie jak obecnie, przede wszystkim gminy położone w bezpośrednim sąsiedztwie miast stołecznych: Gorzowa Wlkp. i Zielonej Góry, co wynika z siły przyciągania wielkich aglomeracji jako atrakcyjnych rynków pracy, lepszego dostępu do edukacji oraz atrakcyjnej oferty usługowo-kulturalnej.

4. Ruch naturalny i wędrownikowy ludności

Jednym z istotnych aspektów depopulacji jest spadający przyrost naturalny oraz niekorzystny ruch wędrownikowy, czyli napływ i odpływ ludności. W latach 2002–2018 sytuacja była dość stabilna – wartość przyrostu naturalnego przeważnie była dodatnia, tzn. że liczba urodzeń żywych była większa niż liczba zgonów. Natomiast od 2018 r. sytuacja stała się szczególnie niekorzystna – widoczny jest systematyczny wzrost liczby zgonów i spadek liczby urodzeń żywych. Wpływ pandemii koronawirusa na sytuację demograficzną w regionie jest zauważalny.

W 2021 r. liczba urodzeń żywych wyniosła 7,9 tys. i była mniejsza o 3,5 tys. w porównaniu z 2009 r., kiedy zanotowano największą liczbę urodzeń żywych w ostatnich dwóch dekadach (11,5 tys.). Współczynnik urodzeń żywych w przeliczeniu na 1 000 ludności osiągnął poziom 7,9 i był niższy o 3,5 p.prom. w porównaniu z 2009 r. Natomiast w odniesieniu do 2010 r. liczba urodzeń żywych zmniejszyła się o 3,0 tys., a w przeliczeniu na 1 000 mieszkańców – o 2,8 p.prom. Wartość tego wskaźnika była niższa w porównaniu do średniej dla kraju (8,7).

Pomiędzy 2018 a 2021 r. liczba zgonów w województwie wzrosła z 11,0 tys. do 13,8 tys. W efekcie, zwiększył się też współczynnik zgonów – w 2021 r. liczba zgonów w przeliczeniu na 1 000 mieszkańców wyniosła 13,8 i była wyższa o 3 p.prom. w porównaniu z 2018 r. Wskaźnik zgonów był również wyższy niż średnio dla kraju (13,6).

W kwestii ruchu wędrownikowego, na przestrzeni minionych dwóch dekad, w latach 2006–2007 ruch ten był bardziej wzmożony, a następnie obserwowany był już stały systematyczny spadek zarówno osób przybywających do regionu, jak i migrujących poza region.

Województwo lubuskie od lat charakteryzuje stały odpływ mieszkańców do innych regionów w kraju – w 2021 r. saldo migracji ogólnej na pobyt stały wyniosło około –1,0 tys. osób. W porównaniu z 2006 r. liczba migracji spadła o ponad 0,6 tys. Saldo migracji na pobyt stały w przeliczeniu na 1 000 ludności wyniosło –1,0, tj. o 0,6 p.prom. mniej niż w 2006 r., natomiast o 0,5 p.prom. więcej niż w 2010 r. (kiedy zanotowano wyraźnie niskie saldo migracji).

Największą grupą wśród migrujących są osoby młode i dorosłe – w wieku 25–29 lat (35,1% salda migracji) oraz 30–34 lata (30,2%), czyli osoby w wieku produkcyjnym. Przy czym ponad połowa to kobiety (56,4%). Uwzględniając odpływ ludności do innych województw, najczęstszym kierunkiem migracji międzywojewódzkich jest województwo wielkopolskie – 29,9% i dolnośląskie – 26,5%.

Analizując migracje zagraniczne, w 2021 r. liczba imigracji na pobyt stały wyniosła ponad 0,4 tys., natomiast emigracji ponad 0,3 tys., co dało saldo wielkości nieco ponad 0,1 tys. osób, czyli 0,1 w przeliczeniu na 1 000 mieszkańców. Dodatkowo saldo migracji zagranicznych zanotowano trzeci rok z rzędu (wcześniej przez niemal dwie dekady było ujemne).

Główne kierunki emigracji na pobyt stały pozostają od wielu lat niezmiennie – są to Niemcy (43,5% ogółu migrujących), Wielka Brytania (13,8%) i Holandia (11,5%). W przypadku imigracji, na pierwszym miejscu w 2021 r. były również Niemcy (32,4%), na drugim Wielka Brytania (17,7%), kolejne miejsce zajęła Ukraina (14,6%).

Wśród emigrantów dominowały osoby, które swój wyjazd za granicę łączyły z podejmowaniem pracy lub jej poszukiwaniem. Były to przeważnie osoby w wieku 30–44 lata i częściej kobiety (54,5%). Analiza trendów w migracjach zewnętrznych wskazuje, że obecnie wielkość emigracji nie ma zasadniczego wpływu na rozwój demograficzny w województwie. Pozytywnie natomiast oddziałuje rosnąca liczba imigrantów, przede wszystkim rodzin z dziećmi, powracających z zagranicy. Decydującą rolę w kształtowaniu się liczby ludności odgrywają przemieszczenia populacji wewnątrz województwa, jak i między województwami.

5. Liczba kobiet w wieku 15–49 lat i współczynnik dzietności

Spadek dzietności obserwowany od kilku lat w województwie lubuskim jest efektem widocznego zmniejszenia liczby kobiet w wieku 15–49 lat, tj. w wieku prokreacyjnym – z 271,4 tys. w 2002 r. do 231,3 tys. w 2021 r. Jest to kluczowy czynnik przesądzający o słałości dynamiki demograficznej w regionie.

Współczynnik dzietności w województwie lubuskim utrzymuje się blisko progu skrajnie niskiej płodności, tzn. nie przekracza 1,35 dziecka na kobietę w wieku reprodukcyjnym. Na przestrzeni ostatnich dwóch dekad obserwowane były dwa ekstrema, kiedy odnotowano wzrost współczynnika dzietności. Pierwszy to lata 2008 i 2009, kiedy współczynnik wzrósł do 1,40–1,42 w następstwie wejścia w wiek najwyższej płodności kobiet urodzonych w latach wyżu demograficznego pierwszej połowy lat 80. ubiegłego wieku. W tym czasie obserwowano także bieżącą realizację planów rodzicielskich, które wcześniej były odkładane. Drugi moment to ponadprzeciętna wartość 1,43 w 2017 r., która jest pochodną realizacji rządowego programu Rodzina 500+, będącego wsparciem kierowanym przede wszystkim do rodzin z dziećmi. Od 2018 r. współczynnik dzietności systematycznie się zmniejsza. Aby zapewnić stabilny rozwój demograficzny w danym roku, na każde 100 kobiet w wieku 15–49 lat powinno przypadać średnio co najmniej 210–215 urodzonych dzieci (prosta zastępowalność pokoleń), w 2021 r. przypadało 123 (w kraju – 132).

Uwagę zwraca fakt wieloaspektowości zjawiska niskiej dzietności, które wiąże się również z: odkładaniem decyzji o zawarciu związku małżeńskiego czy urodzeniu pierwszego dziecka, kwestią ekonomiczną, wykształceniem, zabezpieczeniem społecznym, dostępnością miejsc opieki nad dziećmi do lat 3 czy też udogodnieniami dla młodych matek w pracy.

6. Struktura ludności według biologicznych i ekonomicznych grup wieku

Analizując strukturę ludności województwa w podziale na biologiczne grupy wieku zauważa się, że w latach 2010–2021 r. nieznacznie spadła liczba dzieci i młodzieży, a ich udział w populacji ogółem zmalał z 15,4 do 15,1%. Znacząco też spadł, bo o 6,8 p.p. udział ludności w wieku zdolności do pracy (z 72,9 do 66,1%), a także znacząco wzrósł udział ludności w starszym wieku – z 11,7 do 18,8%.

Analogiczne zmiany były widoczne wśród ludności według ekonomicznych grup wieku. Na przestrzeni dekady spadła liczba (i udział) ludności w wieku przedprodukcyjnym (o 1 p.p. do 18,1%) i produkcyjnym (o 6,5 p.p. do 59,3%), natomiast wzrosła liczba ludności w wieku poprodukcyjnym (o 7,5 p.p. do 22,6%).

Przewiduje się, że proces starzenia się ludności w województwie będzie przebiegał ze znacznie większą intensywnością niż dotychczas. Struktura ludności według wieku będzie ulegała dynamicznym zmianom w całym prognozowanym okresie. W 2030 r. osoby w wieku 65 lat i więcej będą stanowiły już ponad 23% populacji, a odsetek osób w wieku 80 lat i więcej w ogólnej liczbie wzrośnie 2-krotnie.

7. Osoby z niepełnosprawnościami

Począwszy od 1978 r. problematyka niepełnosprawności badana jest w kolejnych spisach powszechnych. W formularzach spisowych pojawiają się m.in. pytania dotyczące zdolności wykonywania codziennych czynności oraz orzeczeń o niepełnosprawności. Co ważniejsze, udzielanie odpowiedzi na pytania dotyczące niepełnosprawności odbywa się na zasadzie dobrowolności.

Według wyników spisu w 2011 r. 16,7% ogółu ludności województwa lubuskiego to osoby z niepełnosprawnościami. W wymiarze bezwzględnym zbiorowość ta liczyła 170,5 tys. osób. Znacząca liczba spośród nich to niepełnosprawni z orzeczeniem prawnym (12,9%). Niemalże odsetek (3,8%) stanowiły również osoby biologicznie niepełnosprawne, tj. osoby które w trakcie spisu deklarowały, że subiektywnie odczuwają ograniczenia w zwykłym codziennym funkcjonowaniu.

W porównaniu z przeprowadzonym w 2002 r. spisem liczba osób z niepełnosprawnościami zmniejszyła się o 5,8 tys. W wymiarze względnym udział niepełnosprawnych w populacji województwa zmniejszył się jedynie o 0,2 p.p. Skala niepełnosprawności wśród ludności województwa lubuskiego była większa niż przeciętnie w kraju (12,2%).

W 2011 r. w miastach mieszkało 113,4 tys. osób z niepełnosprawnościami, tj. 66,4% ogółu zbiorowości niepełnosprawnych. Wśród nich zdecydowanie przeważały kobiety (55,0% wobec 45,0% mężczyzn). Liczba prawnie niepełnosprawnych wyniosła 88,5 tys., natomiast 24,9 tys. to niepełnosprawni tylko biologicznie. Wśród

niepełnosprawnych mieszkańców wsi także dominowały kobiety (choć ich udział był mniejszy niż w miastach – 52,4%, wobec 47,6% mężczyzn). Zarazem odsetek mieszkańców wsi niepełnosprawnych tylko biologicznie (25,3%) był wyższy niż w miastach (22,0%).

8. Podsumowanie

Obserwowane przemiany demograficzne wskazują, iż obecna sytuacja ludnościowa województwa lubuskiego nie gwarantuje stabilnego rozwoju demograficznego. Zmniejszająca się liczba urodzeń i wzrastająca liczba zgonów wyrażają się stopniowym spadkiem liczby mieszkańców. Podobne, niekorzystne zmiany obserwuje się również w województwach ościennych – dolnośląskim i zachodniopomorskim. Wyjątkiem jest województwo wielkopolskie, w którym populacja systematycznie wzrasta za sprawą młodszej struktury wieku mieszkańców. Województwo lubuskie dodatkowo cechuje mniejsza zdolność do kompensacji ubytku związanego z ujemnym przyrostem naturalnym ludności. Utrzymuje się niekorzystna przewaga odpływu nad napływem ludności. W rezultacie występuje ujemne saldo migracji. Przeciwnie wielkopolskie i dolnośląskie, które są głównymi kierunkami migracji edukacyjnej i zarobkowej młodych Lubuszan, w tym przede wszystkim młodych kobiet. Zdecydowanie mniejsza w przyszłości liczba kobiet w wieku rozrodczym będzie miała negatywny wpływ także na przyszłą liczbę urodzeń. Populacja województwa szybko się starzeje, co odzwierciedla przede wszystkim wzrost jej liczby i udziału w najstarszych rocznikach wieku. Lubuszanie czują się bardziej niepełnosprawni niż przeciętnie Polacy, ale aktualną skalę i strukturę zjawiska niepełnosprawności poznamy wraz z opublikowaniem ostatecznych wyników Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2021.

Bibliografia

- Biuletyn Informacji Publicznej LUW – Program „Rodzina 500+” (zał.) [3].
Raport o sytuacji społeczno-gospodarczej województwa lubuskiego (2022).
Raport z wyników w województwie lubuskim NSP 2011.
Rocznik Statystyczny Województwa Lubuskiego (2012).
Rocznik Statystyczny Województwa Lubuskiego (2021).
Statystyczne Vademecum Samorządowca (2021).

Analiza sytuacji zdrowotnej w Polsce na podstawie trwania życia w zdrowiu oraz przedwcześnie utraconych lat życia

1. Wprowadzenie

Wzrost wartości przeciętnej długości trwania życia (e_0) (GUS, 2021a) w Polsce w latach 1990–2019 był zdecydowanie pozytywnym zjawiskiem. Należy jednak mieć na uwadze, iż na przestrzeni tych lat trwanie życia Polaków było znacznie krótsze niż przeciętnego Europejczyka. Epidemia COVID-19 spowodowała duży spadek wartości tego miernika. Nie wiadomo również, czy i kiedy wskaźniki powrócą do poziomów sprzed epidemii. Dodatkowo prognozy demograficzne (Waligórska i in., 2014) przewidują duży wzrost udziału osób starszych w ogólnej populacji Polski. Starzenie jest procesem fizjologicznym, zachodzącym w czasie, którego nie można wyleczyć, ale należy zapobiegać przedwczesnemu starzeniu i towarzyszącej mu niepełnosprawności. Niezbędne zatem staje się stałe monitorowanie zdrowia populacji, jak również ciągłe rozwijanie metod służących dokładniejszej analizie tych zjawisk.

Jednym z podstawowych wskaźników wykorzystywanych w ocenie stanu zdrowia populacji jest oczekiwana długość życia – *life expectancy* (e_x) – mierzona w oparciu o statystyki dotyczące umieralności w danym roku dla określonej populacji. Przeciętne dalsze trwanie życia wyraża średnią liczbę lat, jaką ma do przeżycia osoba w wieku x ukończonych lat przy założeniu utrzymania się aktualnych warunków umieralności.

Miara ta jest powszechnie stosowana i w sposób syntetyczny opisuje umieralność danej populacji. W pewnym stopniu odzwierciedla ona warunki życia (w szczegól-

^a Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Demograficznych, Wydział Analiz i Prognoz Demograficznych.

ności stan zdrowia) danej zbiorowości, jest jednak niewystarczająca do pełnej oceny stanu zdrowia i jakości życia (Burzyńska i in., 2010). Globalna i wszechstronna ocena stanu zdrowia populacji (biorąc pod uwagę udział poszczególnych schorzeń w jej obciążeniu zdrowotnym) wymaga opracowania wskaźników uwzględniających zarówno zgony, jak i inne skutki zdrowotne chorób. Wieloletnie prace nad miernikami stanu zdrowia doprowadziły do powstania wielu takich wskaźników. Nazywane są one sumarycznymi miarami stanu zdrowia (*summary measures of population health*). Wskaźniki te można podzielić na dwie zasadnicze grupy (Wróblewska, 2008; Ojrzyńska, 2013):

- miary oczekiwanego zdrowia – określające oczekiwaną liczbę lat życia przeżytych zarówno w pełnym zdrowiu, jak i z niepełnosprawnością i innymi dysfunkcjami;
- miary braku zdrowia – pozwalające na określenie przeciętnej liczby utraconych lat życia w zdrowiu, w związku z niepełnosprawnością bądź chorobą przewlekłą.

Wydłużenie życia w zdrowiu jest jednym z głównych celów polityki zdrowotnej wielu krajów. Jeżeli miary oczekiwanego zdrowia przyrastają szybciej niż przeciętne trwanie życia, oznacza to, że ludzie przez coraz większą część życia charakteryzują się dobrym zdrowiem. Prowadzenie analiz tego zagadnienia pozwala na skuteczniejsze wprowadzanie zmian w systemie zdrowotnym. Wzrost odsetka występowania chorób przewlekłych i niepełnosprawności wskazuje na konieczność odpowiedniego modyfikowania programów zdrowia publicznego.

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie analizy sytuacji zdrowotnej w Polsce wykonanej na podstawie mierników stanu zdrowia obliczanych i publikowanych przez Główny Urząd Statystyczny: oczekiwanego trwania życia w zdrowiu (HLY – *Healthy Life Years*) oraz utraconych lat życia z potencjalnego limitu życia (PYLL – *Potential Years of Life Lost*).

2. Trwanie życia w zdrowiu w Polsce w latach 2009–2020

Wśród najczęściej stosowanych mierników oczekiwanego dalszego życia w zdrowiu jest *Healthy Life Years* (HLY). Jest to jeden z „europejskich wskaźników strukturalnych” (*European Structural Indicators*) i dotyczy zdrowia jako czynnika związanego z rozwojem i dobrobytem (Gromulska, Wysocki, Goryński, 2008). Jest miarą stanu zdrowia określonego jako „funkcjonalne”, czyli stanu pełnej efektywności działań i produktywności.

Oczekiwane lata przeżyte w zdrowiu – *Healthy Life Years*, HLY (Oczekiwana długość życia bez niepełnosprawności – *Disability Free Life Expectancy*, DFLE) to wskaźnik obrazujący sytuację zdrowotną ludności, obliczany na podstawie tablic trwania życia oraz indywidualnie i subiektywnie postrzeganej niepełnosprawności.

Wartość HLY_x interpretuje się jako przewidywaną średnią liczbę lat jaką ma do przeżycia bez niepełnosprawności osoba w wieku x ukończonych lat, pod warunkiem, że aktualne warunki umieralności i utraty zdrowia populacji utrzymają się na obecnym poziomie. Najczęściej spotykane są wskaźniki HLY_0 i HLY_{65} informujące o oczekiwanej liczbie lat w zdrowiu osoby w wieku 0 lat (noworodka) oraz 65. ukończonych lat życia.

2.1. Metodologia

Oczekiwana długość życia bez niepełnosprawności (*Healthy Life Years* – HLY / *Disability Free Life Expectancy* – DFLE) jest używana od 1993 r. przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) jako jeden ze wskaźników zdrowia liczonych dla jej krajów członkowskich. Od 1995 r. wskaźnik ten jest publikowany również przez Eurostat pod nazwą „lata życia w zdrowiu” (*Healthy Life Years* – HLY) dla krajów Unii Europejskiej.

Wskaźnik lat zdrowego życia określa dwie cechy populacji – przeciętną długość i jakość życia. Odzwierciedla to fakt, że nie wszystkie lata życia są przeżywane w pełnym zdrowiu. Wysoki wskaźnik oczekiwanej długości życia charakteryzujący daną populację nie musi oznaczać, że populacja ta jest zdrowa. Wartość wskaźnika HLY/DFLE oblicza się przy użyciu metody Sullivana (EHEMU, 2007). Miarę tę można wyznaczyć według wzoru:

$$HLY_x = \frac{\sum_x^{\omega} L_x(1 - h_x)}{l_x}$$

gdzie:

L_x – ludność stacjonarna w wieku x ,

h_x – częstość występowania niesprawności w wieku x ,

l_x – liczba osób dożywających wieku x ukończonych lat.

Metoda ta oparta jest więc na danych dotyczących umieralności (tablice trwania życia) oraz częstości występowania niepełnosprawności w populacji w określonym wieku. Tablice trwania życia są corocznie publikowane przez Główny Urząd Statystyczny (2021a), natomiast niepełnosprawność szacowana jest na podstawie zmierzonych pozyskanych z przeprowadzanego również corocznie od 2005 r. Europejskiego Badania Warunków Życia Ludności (*Eurostat EU – Statistics on Income and Living Conditions Survey* – EU-SILC). Badanie to zawiera Minimalny Europejski Moduł Zdrowia (*Minimum European Health Modul* – MEHM) (EHLEIS, 2015), który składa się z trzech pytań odnoszących się do samooceny stanu zdrowia. Jedno z nich związane jest ze wskaźnikiem ograniczeń w codziennej aktywności (*Global Activity*

Limitation Instrument – GALI). Jego konstrukcja opiera się częściowo na zaleceniach Grupy Waszyngtońskiej ds. Statystyki Niepełnosprawności (Antczak, Grabowska, Polańska, 2018). Spośród tych trzech pytań to właśnie ono jest najczęściej stosowane do oszacowania oczekiwanego trwania życia w zdrowiu.

W realizowanym w Polsce badaniu EU-SILC brzmiało ono: „Czy z powodu problemów zdrowotnych miał(a) Pan/Pani ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują, trwającą co najmniej ostatnie 6 miesięcy?” (EU-SILC, 2020). Respondent miał do wyboru trzy warianty odpowiedzi:

- 1 – „Tak, poważnie ograniczoną”,
- 2 – „Tak, ograniczoną, ale niezbyt poważnie”,
- 3 – „Nie, nie miałem(-łam) żadnych ograniczeń”.

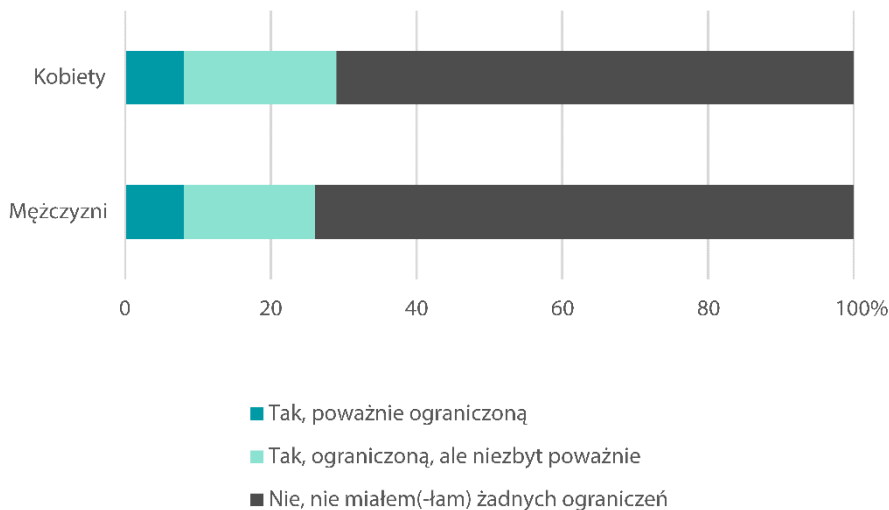
Przy obliczaniu HLY do dalszych analiz wykorzystano częstość zsumowanych odpowiedzi „Tak, poważnie ograniczoną” oraz „Tak, ograniczoną, ale niezbyt poważnie”, osobno dla każdej płci i każdego wieku x.

Szczegółowe wyjaśnienia metodologiczne zostały zawarte w publikacji Głównego Urzędu Statystycznego pt. *Trwanie życia w zdrowiu w Polsce w latach 2009–2019* (Góral-Radziszewska i in., 2020).

2.2. Wyniki

W 2020 r. Europejskim Badaniem Warunków Życia Ludności objęto prawie 32,5 tys. osób, z czego 53,7% stanowiły kobiety. Na pytanie dotyczące posiadania ograniczonej zdolności do wykonywania codziennych czynności, trwającej co najmniej 6 ostatnich miesięcy, zbliżony procent respondentów obu płci odpowiedział „Tak, całkowicie ograniczoną”. Kolejną opcję odpowiedzi („Tak, ograniczoną, ale niezbyt poważnie”) zaznaczyło jednak więcej kobiet (wykr. 1), 21,2% w porównaniu do 18,3% mężczyzn. Oznacza to, że kobiety częściej niż mężczyźni deklarują odczuwanie problemów zdrowotnych.

Wykr. 1. Częstość udzielanych odpowiedzi na pytanie o posiadanie ograniczonej zdolności do wykonywania codziennych czynności, trwającej co najmniej 6 ostatnich miesięcy



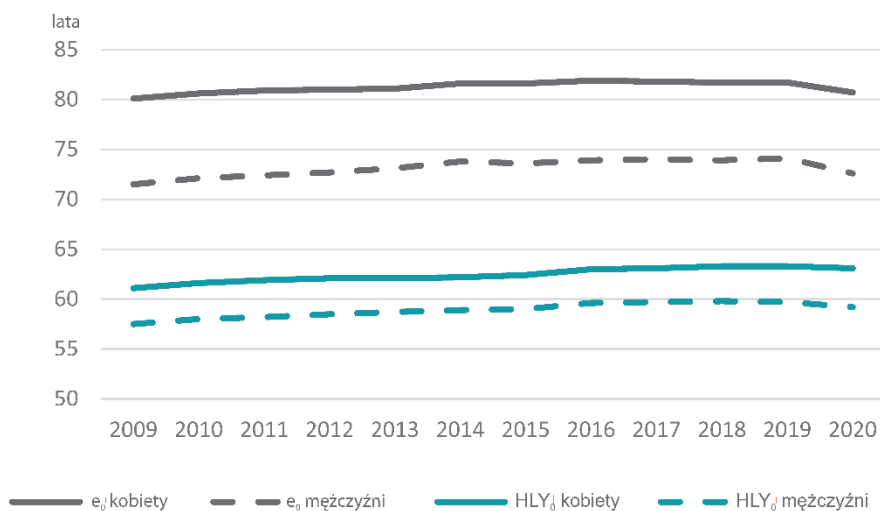
Źródło: opracowanie własne.

Do 2018 r. obserwowany był powolny wzrost długości trwania życia w zdrowiu w momencie narodzin (wykr. 2). Dopiero w 2019 r. zanotowano pierwszy nieznaczny jej spadek. W 2020 r. trwanie życia w zdrowiu wyniosło 59,2 roku dla mężczyzn i 63,1 roku dla kobiet, co oznacza spadek w stosunku do roku poprzedniego odpowiednio: o 0,5 i 0,2 roku. Redukcja ta w głównej mierze była związana ze skróceniem się przeciętnego trwania życia wywołanego epidemią COVID-19.

Różnica w HLY_0 między płciami wyniosła w 2020 r. 3,9 roku na korzyść kobiet. Dla porównania różnica w przeciętnym trwaniu życia w momencie narodzin (e_0) w tym samym roku wyniosła 8,1 roku.

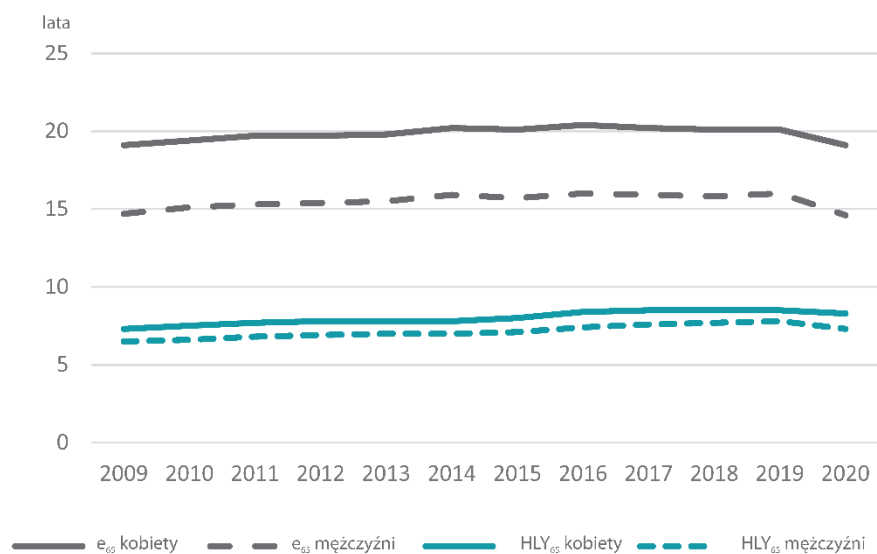
Przewiduje się, że mężczyźni w wieku 65 lat przeżyją w zdrowiu średnio dalsze 7,8 roku, a kobiety 8,5 roku (wykr. 3). Warto ponownie zwrócić uwagę na różnicę między płciami pod względem wartości HLY. Wartość ta zmniejsza się wraz z przeżyтыми latami. Dla osób w wieku 50 lat wyniosła 2,3 roku, a dla osób w wieku 65 lat już tylko 1 rok.

Wykr. 2. Przeciętne trwanie życia i oczekiwane trwanie życia w zdrowiu w momencie narodzin w Polsce w latach 2009–2020



Źródło: opracowanie własne.

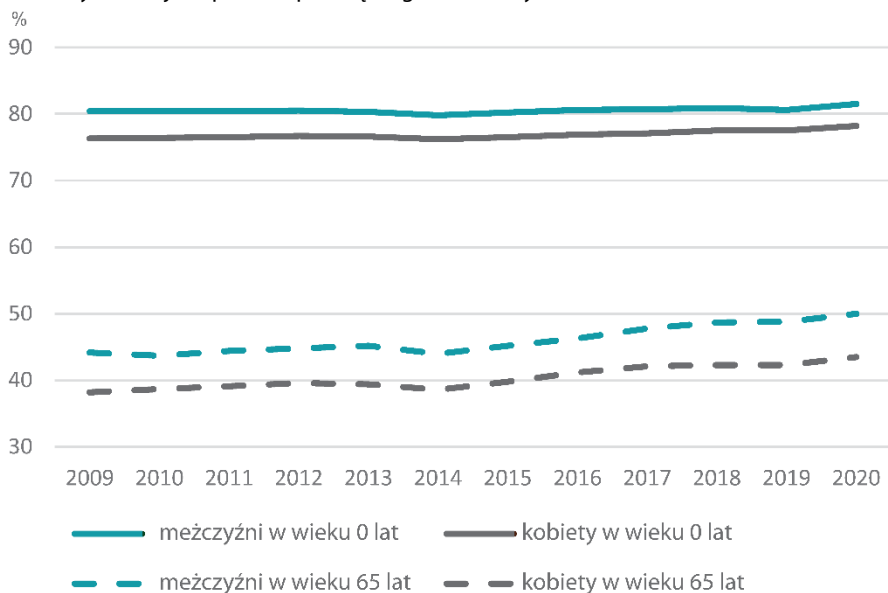
Wykr. 3. Przeciętne trwanie życia i oczekiwane trwanie życia w zdrowiu osób w wieku 65 lat w Polsce w latach 2009–2020



Źródło: opracowanie własne.

W analizowanym okresie poziom HLY_0 zmieniał się proporcjonalnie do wartości przeciętnego trwania życia (e_0), dla mężczyzn stanowiąc około 80% e_0 , a dla kobiet – około 77% (wykr. 4). Oznacza to, iż mimo że dla mężczyzn przewiduje się krótsze trwanie życia, to większą jego część przeżywają bez niepełnosprawności. Warto zwrócić uwagę, iż dla osób w wieku 65 lat od 2009 r. zwiększyła się nie tylko wartość HLY_{65} , lecz również wzrósł udział w trwaniu życia z 44 do 49% dla mężczyzn i z 38 do 42% dla kobiet. Oznacza to poprawę stanu zdrowia osób w wieku 65 lat.

Wykr. 4. Oczekiwane trwanie życia w zdrowiu
wyrażone jako procent przeciętnego trwania życia



Źródło: opracowanie własne.

Mieszkańcy obszarów miejskich charakteryzują się dłuższym trwaniem życia w zdrowiu niż mieszkańcy wsi (tabl. 1). W 2020 r. wskaźnik HLY_0 dla mężczyzn w miastach wyniósł 59,5 roku, a na wsi – 59 lat, natomiast dla kobiet odpowiednio 63,5 roku oraz 62,6 roku. Różnica między HLY_0 mieszkańców miast oraz wsi zmieniła się na przestrzeni ostatnich 10 lat. Największa była w latach 2009–2011, później gwałtownie się zmniejszyła (w latach 2012–2015), po czym w przypadku kobiet nastąpiła jej stabilizacja, a w przypadku mężczyzn – wzrosła i ponownie spadła. W 2020 r. różnica ta ponownie zwiększyła się w przypadku kobiet, głównie za sprawą większego spadku trwania życia w zdrowiu mieszkanek obszarów wiejskich.

Tabl. 1. Trwanie życia w zdrowiu w Polsce w podziale na miasto i wieś

Wyszczególnienie		2009	2010	2015	2019	2020
Mężczyźni	Polska	57,6	58,0	59,0	59,8	59,2
	Miasto	58,4	58,8	59,1	60,0	59,5
	Wieś	56,8	57,0	58,6	59,5	59,0
Kobiety	Polska	61,1	61,6	62,4	63,3	63,1
	Miasto	61,8	62,1	62,4	63,6	63,5
	Wieś	60,4	60,9	62,3	63,1	62,6

Źródło: opracowanie własne.

3. Przedwcześnie utracone lata życia w Polsce w latach 2000–2020

Przedwcześnie utracone lata życia (*Potential Years of Life Lost* – PYLL) to wskaźnik, który, obok trwania życia i trwania życia w zdrowiu, jest jednym z podstawowych mierników stosowanych przez instytucje międzynarodowe (m.in. Eurostat, OECD, ONZ) głównie w celu zobrazowania panujących warunków życia oraz sytuacji zdrowotnej pomiędzy krajami. Wskaźnik PYLL jest miernikiem obciążenia przedwczesną umieralnością i wyraża liczbę przedwcześnie utraconych lat życia (Kozierkiewicz i in., 2016).

3.1. Metodologia

Główny Urząd Statystyczny publikuje wskaźnik PYLL wyliczany według metodologii zaproponowanej przez Romedera i McWhinniego (1977). Przyjęto, że zgon przed 70. rokiem życia jest przedwczesny – jest to umowna granica stosowana przez OECD oraz Eurostat. W związku z tym w analizie brane są pod uwagę tylko osoby w wieku poniżej 70. roku życia. W metodologii obliczania PYLL używa się tzw. przedwcześnie utraconych lat życia, czyli różnicy między przyjętymi umownie 70 latami a wiekiem osoby zmarłej. Przykładowo, jeżeli osoba zmarła w wieku 50 lat, to utraciła przedwcześnie 20 lat życia. PYLL jest sumą wszystkich przedwcześnie utraconych lat życia w danej populacji:

$$PYLL = \sum_{x=0}^{70} (70 - x) \cdot d_x$$

gdzie:

x – liczba ukończonych lat w momencie zgonu,

d_x – liczba zgonów w wieku x ukończonych lat.

Dodatkowo, w obliczeniach zastosowano podział na 5-letnie grupy wieku (zgodnie z Castro i in., 2021) i przyjęto założenie o równomiernym rozkładzie zgonów wewnątrz każdej z grup. To podejście umożliwia przeprowadzenie oszacowania

przedwcześnie utraconych lat życia ogółem bądź na skutek konkretnej przyczyny (grupy przyczyn) zgonu. W tym celu należy uwzględnić odpowiednio wszystkie zgony w wieku x ukończonych lat lub tylko te wywołane daną przyczyną (grupą przyczyn).

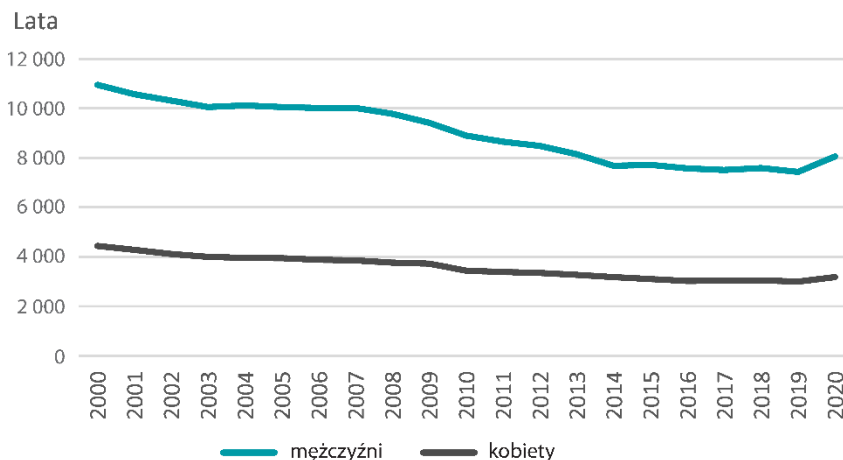
Dodatkowe wyjaśnienia metodologiczne zostały zawarte w publikacji Głównego Urzędu Statystycznego pt. *Sytuacja demograficzna Polski do 2020 roku. Zgony i umieralność* (GUS, 2021b).

3.2. Wyniki

W Polsce od 2000 r. liczba przedwcześnie utraconych lat życia (wskaźnik PYLL) ulegała systematycznemu zmniejszaniu. Spadek ten jest znacznie wyraźniejszy dla mężczyzn niż dla kobiet (wykr. 5, tabl. 2). Ten korzystny trend w ciągu ostatnich pięciu lat wyhamował, obserwowane były wahania wartości wskaźnika, a w 2020 r. nastąpił dość duży (zwłaszcza dla mężczyzn) wzrost przedwcześnie utraconych lat życia.

W całym analizowanym okresie wartość wskaźnika PYLL dla mężczyzn była wyraźnie wyższa niż dla kobiet. W 2020 r. wartość ta wyniosła 8 056 lat na 100 tys. mężczyzn oraz 3 178 lat na 100 tys. kobiet. Na początku analizowanego okresu różnica między płciami w liczbie przedwcześnie utraconych lat życia wyniosła 6 505 lat, po czym ulegała stopniowemu zmniejszaniu i w 2020 r. wyniosła 4 878 lat.

Wykr. 5. Przedwcześnie utracone lata życia dla kobiet i mężczyzn w Polsce w latach 2000–2020



Źródło: opracowanie własne.

W celu pogłębienia analizy dotyczącej przedwcześnie utraconych lat życia zdecydowano się zwrócić szczególną uwagę na pięć grup przyczyn zgonów mających największy udział w ogólnej liczbie zgonów, czyli choroby nowotworowe, choroby układu: krążenia, oddechowego i pokarmowego, a także przyczyny zewnętrzne.

W przypadku chorób nowotworowych oraz układu krążenia liczba przedwcześnie utraconych lat życia zmniejszyła się w analizowanych latach zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn (tabl. 2). Podobny trend występował przez wiele lat dla zewnętrznych przyczyn, lecz w 2020 r. uległ on zmianie i pojawił się niewielki wzrost liczby przedwcześnie utraconych lat życia.

W 2020 r. zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn wyraźnie wzrosła liczba przedwcześnie utraconych lat życia na skutek zgonów wywołanych chorobami układu pokarmowego, zaś w przypadku chorób układu oddechowego zaobserwowano wzrost jedynie w przypadku mężczyzn.

Tabl. 2. Przedwcześnie utracone lata życia dla kobiet i mężczyzn w Polsce na skutek wybranych grup przyczyn w wybranych latach

Lata	PYLL ogółem	Choroby nowotworowe	Choroby układu krążenia	Zewnętrzne przyczyny	Choroby układu oddechowego	Choroby układu pokarmowego
Mężczyźni						
2000	10 954	2 294	2 862	2 616	311	636
2005	10 056	2 086	2 412	2 452	282	665
2010	8 900	1 822	2 188	2 172	300	613
2015	7 715	1 630	1 919	1 670	291	531
2020	8 056	1 405	1 450	1 720	329	707
Kobiety						
2000	4 449	1 556	991	519	139	194
2005	3 947	1 466	785	470	117	202
2010	3 457	1 344	666	365	124	204
2015	3 101	1 243	590	289	137	187
2020	3 178	1 117	449	316	136	244

Źródło: opracowanie własne.

Mężczyźni w 2020 r. utracili przedwcześnie najwięcej lat życia na skutek przyczyn zewnętrznych (tabl. 3). Należy odnotować, iż ta grupa przyczyn miała większy udział procentowy w całkowitym wskaźniku PYLL dla mężczyzn mieszkających na obszarach wiejskich (około 23%) niż miejskich (blisko 20%). Choroby nowotworowe oraz układu krążenia w podobnym stopniu odpowiadały za przedwcześnie utracone lata życia (na poziomie 17–18%). Najmniejszy wpływ na całkowitą wartość wskaźnika PYLL miały choroby układu oddechowego (około 4%).

Kobiety w 2020 r. utraciły przedwcześnie najwięcej lat na skutek chorób nowotworowych, odpowiadających za około 35% wszystkich przedwcześnie utraconych

lat (tabl. 3). Na drugim miejscu znalazły się choroby układu krążenia (około 14% wszystkich przedwcześnie utraconych lat), natomiast najmniejszy procentowy udział w przedwcześnie utraconych latach życia miały choroby układu oddechowego (około 4%).

Tabl. 3. Przedwcześnie utracone lata życia według wybranych grup przyczyn dla kobiet i mężczyzn w Polsce w 2020 r.

Obszar	PYLL ogółem	Choroby nowotworowe	Choroby układu krążenia	Zewnętrzne przyczyny	Choroby układu oddechowego	Choroby układu pokarmowego
		udział procentowy w ogólnej wartości PYLL				
Mężczyźni						
Ogółem	8 056	17,4	18,0	21,4	4,1	8,8
Miasta	7 916	17,3	18,1	19,8	4,3	9,3
Wieś	8 258	17,7	17,9	23,4	3,8	8,1
Kobiety						
Ogółem	3 178	35,1	14,1	9,9	4,3	7,7
Miasta	3 261	34,7	13,7	10,0	4,4	8,6
Wieś	3 052	35,9	14,9	9,9	4,1	6,2

Źródło: opracowanie własne.

W tablicy 4 przedstawiono wartości wskaźnika PYLL dla wybranych grup wieku w Polsce w 2020 r., jednak niezależnie od płci najwyższe wartości tego wskaźnika obserwowane były w grupach wieku 45–59 oraz 60–69 lat.

Wraz z wiekiem rośnie udział chorób nowotworowych dla osób po 45. roku życia, które odpowiadają za ponad 20% wszystkich przedwcześnie utraconych lat życia dla mężczyzn oraz za ponad 43% dla kobiet.

Podobnie kształtował się wpływ chorób układu krążenia na przedwcześnie utracone lata życia. Po ukończeniu 45. roku życia przekracza on 20% udziału w ogólnej wartości wskaźnika PYLL dla mężczyzn, natomiast dla kobiet duży ich udział (ponad 20%) pojawia się dopiero po ukończeniu 60. roku życia. Zewnętrzne przyczyny miały największy wpływ na wartość PYLL dla osób w grupie wieku 15–29 lat – dla mężczyzn odpowiadały one za dwie trzecie wszystkich przedwcześnie utraconych lat życia, a dla kobiet – za blisko połowę. Choroby układu pokarmowego miały największy udział dla osób w wieku 30–44 lata. Wpływ chorób układu oddechowego na całkowitą wartość PYLL był na poziomie kilku procent we wszystkich grupach wieku.

Tabl. 4. Przedwcześnie utracone lata życia dla kobiet i mężczyzn według wybranych grup przyczyn w Polsce w 2020 r. w podziale na grupy wieku

Grupy wieku	PYLL ogółem	Choroby nowotworowe	Choroby układu krążenia	Zewnętrzne przyczyny	Choroby układu oddechowego	Choroby układu pokarmowego
		udział procentowy w ogólnej wartości PYLL				
Mężczyźni						
0–14 lat	2 312	7,4	0,6	9,2	3,1	0,3
15–29	4 040	6,7	3,6	66,6	2,9	4,2
30–44	7 367	8,6	11,3	33,7	4,0	13,4
45–59	14 446	20,4	21,9	13,1	4,0	9,9
60–69 lat	12 362	29,4	29,3	4,8	5,1	5,5
Kobiety						
0–14 lat	1 893	7,1	0,5	9,5	3,9	0,7
15–29	1 214	11,9	4,9	47,2	5,4	5,4
30–44	2 315	31,7	10,8	16,3	4,2	11,8
45–59	5 419	43,3	15,2	5,2	3,9	9,2
60–69 lat	5 080	43,1	22,5	2,4	4,7	5,8

Źródło: opracowanie własne.

4. Podsumowanie

W ostatnich latach w Polsce obserwowany był systematyczny pozytywny trend polegający na wydłużeniu oczekiwanego trwania życia w zdrowiu (HLY_x) oraz spadku liczby przedwcześnie utraconych lat życia (PYLL). Ten wzrost osiągnięto poprzez istotny postęp w zmniejszeniu ogólnego poziomu umieralności, zarówno mężczyzn jak i kobiet, w tym bardzo istotne znaczenie miał wyraźny spadek umieralności niemowląt. Tendencja ta została zahamowana przez pandemię COVID-19. Obecnie trudno jest określić, w jakim czasie wskaźniki umieralności powrócą do poziomów obserwowanych przed epidemią.

Dla właściwej oceny sytuacji zdrowotnej populacji niezbędny jest dostęp do dobrej jakości mierników stanu zdrowia ludności. Tylko w ten sposób można racjonalnie planować krajową lub międzynarodową politykę zdrowotną. Analiza współczynników umieralności, jak również wskaźników długości życia w zdrowiu oraz przedwcześnie utraconych lat życia umożliwi nie tylko ocenę stanu zdrowia społeczeństwa, lecz również identyfikację problemów zdrowotnych mających coraz większe znaczenie wobec postępującego starzenia się społeczeństwa.

Bibliografia

Antczak, R., Grabowska, I., Polańska, Z. (2018). Podstawy i źródła danych statystyki osób niepełnosprawnych. *Wiadomości Statystyczne*, 2(681), 21–43.

- Burzyńska, M., Marcinkowski, J.T., Bryła, M., Maniecka-Bryła, I. (2010). Life Expectancy i Healthy Life Years jako podstawowe miary oceny sytuacji zdrowotnej ludności. *Probl Hig Epidemiol*, 91(4), 530–536.
- Castro, A.P.B., Moreira, M.F., Bermejo, P.H.S., Rodrigues, W., Prata, D.N. (2021). *Mortality and Years of Potential Life Lost Due to COVID-19 in Brazil*. *Int J Environ Res Public Health*, 18(14), 7626. DOI: 10.3390/ijerph18147626.
- EHEMU Technical report. (2007). *Health Expectancy Calculation by the Sullivan Method: A Practical Guide*. European health expectancy monitoring unit. 3rd Edition.
- EHLEIS. (2015). Raporty Krajowe. http://www.eurohex.eu/pdf/CountryReports_Issue9_translated/Polsce.pdf. Dostęp: 1.06.2022.
- EU-SILC. (2020). *Europejskie badanie warunków życia ludności. Kwestionariusz indywidualny (EU-SILC-I)*. <http://form.stat.gov.pl/badaniaankietowe/2020/Ankiety/EU-SILC-I.pdf>. Dostęp: 1.06.2022.
- Główny Urząd Statystyczny. (2021a). *Tablice trwania życia 1990–2020*. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-tablice,1,1.html>. Dostęp: 1.06.2022.
- Główny Urząd Statystyczny. (2021b). *Sytuacja demograficzna Polski do 2020 roku. Zgony i umieralność*. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/sytuacja-demograficzna-polski-do-2020-roku-zgony-i-umieralnosc,40,1.html>. Dostęp: 1.06.2022.
- Góral-Radziszewska, K., Waśkiewicz, K., Potyra, M., Kuczyńska, K. (2020). *Trwanie życia w zdrowiu w Polsce w latach 2009–2019*. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-w-zdrowiu-w-polsce-w-latach-2009-2019,4,1.html>. Dostęp: 1.06.2022.
- Gromulska, L., Wysocki, M.J., Goryński, P. (2008). Lata przeżyte w zdrowiu (*healthy life years, hly*) – zalecany przez Unię Europejską syntetyczny wskaźnik sytuacji zdrowotnej ludności. *Przegląd Epidemiologiczny*, 62, 811–820.
- Kozierkiewicz, A., Megas, B., Natkaniec, M., Topór-Madry, R., Kissimova-Skarbek, K., Śliwczyński, A., Gajda, K. (2016). Years of Life Lost Due to Deaths in Poland Measured with Potential Years of Life Lost (PYLL) and Period Expected Years of Life Lost (PEYLL) Indicators in Years 2000–2014. *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 14(3), 165–174. DOI: 10.4467/208426270Z.16.020.5889.
- Ojrzyńska, A. (2013). Ocena trwania życia w zdrowiu populacji polski z wykorzystaniem sumarycznych miar stanu zdrowia. *Śląski Przegląd Statystyczny*, 11(17), 261–274.
- Romeder, J.M., McWhinnie, J.R. (1977). Potential years of life lost between ages 1 and 70: an indicator of premature mortality for health planning. *Int J Epidemiol*, 6(2), 143–151. DOI: 10.1093/ije/6.2.143.
- Waligórska, M., Kostrzewa, Z., Potyra, M., Rutkowska, L. (2014). *Prognoza ludności na lata 2014–2050*. Główny Urząd Statystyczny. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosc/prognoza-ludnosc-na-lata-2014-2050-opracowana-2014-r-1,5.html>. Dostęp: 1.06.2022.
- Wróblewska, W. (2008). Sumaryczne miary stanu zdrowia populacji. *Studia Demograficzne*, 1–2 (153–154), 3–53.

Badanie zjawiska niepełnosprawności przez statystykę publiczną w Polsce

1. Wprowadzenie

Polska statystyka publiczna podejmuje działania w celu lepszego zdiagnozowania zjawiska niepełnosprawności i utworzenia kompleksowego narzędzia gromadzenia informacji statystycznych w tym obszarze.

Prezes Głównego Urzędu Statystycznego zarządzeniem wewnętrznym nr 45 z dnia 26 października 2018 r. powołał międzyresortowy Zespół do Spraw Statystyki Niepełnosprawności w celu wsparcia rozwoju badań statystycznych dotyczących niepełnosprawności w Polsce. Zadania zespołu są realizowane poprzez: analizę aktów prawnych dotyczących niepełnosprawności, aktualnie obowiązujących w polskim systemie prawnym, implementację wytycznych metodologicznych Eurostatu dotyczących statystyk niepełnosprawności, inwentaryzację dostępnych i potencjalnych źródeł danych oraz posiadanych zasobów informacyjnych z zakresu statystyki niepełnosprawności, przygotowanie propozycji założeń metodycznych oraz zakresu badań w obszarze statystyki niepełnosprawności, współpracę w celu integracji danych dotyczących niepełnosprawności pochodzących ze źródeł administracyjnych i badań statystycznych.

W pracach zespołu pod przewodnictwem Dyrektora Urzędu Statystycznego w Krakowie biorą udział m.in. przedstawiciele: Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej, Ministerstwa Finansów, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministerstwa Obrony Narodowej, Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Sprawiedliwości, Ministerstwa Edukacji i Nauki, Ministerstwa Rozwoju i Technologii, Biura Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

^a Urząd Statystyczny w Krakowie. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9370-8993>.

Prace metodologiczne i koncepcyjne dotyczące statystyki niepełnosprawności są prowadzone w Urzędzie Statystycznym w Krakowie w Ośrodku Statystyki Pomocy Społecznej.

W ramach prac zespołu już w 2020 r. zostały rozpoznane zbiory powiatowych zespołów do spraw orzekania o niepełnosprawności, które pozyskano po raz pierwszy – zgodnie z programem badań statystycznych statystyki publicznej na 2019 r. – do badania GUS Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2021 – prace przygotowawcze¹. Pozyskane zbiory zawierały informacje o osobach, które ubiegały się o orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności oraz o ich przedstawicielach ustawowych. Wraz ze zbiorami otrzymano opis ich struktury oraz słowniki. Od 1998 r. powiatowe zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności rejestrują dane w Elektronicznym Krajowym Systemie Monitorowania Orzekania o Niepełnosprawności (EKSMOoN). Po wnikliwej analizie przekazanych danych, dokonano ich agregacji oraz porównania z danymi opublikowanymi na stronie Biura Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych. W związku z dużymi rozbieżnościami, we współpracy z pracownikami Biura Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych uzgodniono założenia stosowane do obliczeń, wyjaśniono przyczyny najważniejszych rozbieżności oraz określono działania mogące poprawić jakość danych.

Następnie dokonano eksperymentalnego połączenia danych administracyjnych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego oraz powiatowych zespołów do spraw orzekania o niepełnosprawności w celu wyodrębnienia zbiorowości osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności. Integracja zbiorów z pozostałymi rejestrami administracyjnymi i systemami ewidencyjnymi, takimi jak np. Powszechny Elektroniczny System Ewidencji Ludności PESEL lub Krajowy Rejestr Urzędowy Podziału Terytorialnego Kraju TERYT, była kolejnym krokiem na drodze do oszacowania populacji osób niepełnosprawnych prawnie.

2. Definiowanie niepełnosprawności na potrzeby badań statystycznych

Definiowanie i orzecznictwo o niepełnosprawności oraz stanie zdrowia w poszczególnych państwach członkowskich Unii Europejskiej nie jest ujednocnione, co uniemożliwia zachowania koncepcyjnej porównywalności przeprowadzonych badań nad ww. problematyką w skali międzynarodowej. Jednak zdrowie lub jego brak jest na tyle ważnym aspektem życia indywidualnych obywateli, że rodzi to potrzebę jego

¹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 14 września 2018 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2019 (Dz. U. z 2018 r. poz. 2103).

ochrony w skali społecznej, wyrażającą się w poszczególnych państwach odpowiednimi rozwiązaniami systemowymi.

Zarówno w aktach prawnych, literaturze naukowej, jak i działalności praktycznej formułuje się definicje niepełnosprawności, które co do ogólnej zasady są zbieżne, ale różnią się w zależności od celu, w jakim zostały opracowane.

Rozumienie problemu niepełnosprawności przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) jest wypadkową pojmowania niepełnosprawności w prawnym i biologicznym ujęciu w poszczególnych państwach. Opublikowana w 1980 r. Międzynarodowa Klasyfikacja Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń (*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* – ICIDH) wyróżnia – na podstawie aspektów biologicznych, funkcjonalnych i społecznych – następujące kategorie (Barnes, Mercer, 2008):

- uszkodzenie lub upośledzenie, niesprawność (*impairment*) – oznacza każdą utratę sprawności lub nieprawidłowość w budowie czy funkcjonowaniu organizmu pod względem psychologicznym, psychofizycznym lub anatomicznym;
- niepełnosprawność funkcjonalna (*disability*) – oznacza każde ograniczenie bądź niemożność (wynikające z niesprawności) prowadzenia aktywnego życia w sposób lub zakresie uznawanym za typowe dla człowieka;
- upośledzenie lub niepełnosprawność społeczna, ograniczenia w pełnieniu ról społecznych (*handicap*) – oznacza ułomność określonej osoby wynikającą z niesprawności lub niepełnosprawności, ograniczającą lub uniemożliwiającą pełną realizację roli społecznej odpowiadającej wiekowi, płci oraz zgodnej ze społecznymi i kulturowymi uwarunkowaniami.

Za największy wkład powyższej klasyfikacji uznano podkreślenie społecznych następstw niepełnosprawności. Jednak samą definicję niepełnosprawności (*disability*) krytykowano za jej „zmedykalizowany” charakter, a w toku dalszych dyskusji w latach 80. i 90. XX w. poddano krytyce również całą klasyfikację ICIDH.

Ogólną podstawą definiowania niepełnosprawności na potrzeby Europejskiego Systemu Statystycznego jest definicja zawarta w Konwencji Narodów Zjednoczonych o prawach osób niepełnosprawnych, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w 2006 r., zgodnie z art. 1: „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”².

² <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20120001169/O/D20121169.pdf>. Dostęp: 02.06.2022.

Na bazie cytowanej definicji Eurostat określili i wykorzystuje tzw. Minimalny Europejski Moduł Zdrowia (*Minimum European Health Module* – MEHM)³, który składa się z trzech ogólnych pytań charakteryzujących trzy różne pojęcia z zakresu zdrowia:

- zdrowie postrzegane jako samoocena własnego zdrowia w ogóle: „Jak ogólnie oceniasz swoje zdrowie? Czy jest...” z kategoriami odpowiedzi: „Bardzo dobrze/ /Dobrze/Umiarkowanie/Źle/Bardzo źle”;
- przewlekła zachorowalność jako obecność długotrwałych problemów zdrowotnych: „Czy ma pan jakąś długotrwałą chorobę lub problem zdrowotny?” Tak/Nie;
- ograniczenia aktywności jako obecność długotrwałego ograniczenia aktywności z powodu problemów zdrowotnych mierzonych za pomocą globalnego wskaźnika ograniczenia aktywności (*Global Activity Limitation Indicator* – GALI): „przez co najmniej ostatnie 6 miesięcy, w jakim stopniu był(a) Pan(i) ograniczony(a) z powodu problemu zdrowotnego w aktywności, którą ludzie zazwyczaj wykonują? Czy powiedział(a)by Pan(i), że był(a) Pan(i)...” z kategoriami odpowiedzi „poważnie ograniczony(a) / ograniczony(a), ale nie poważnie lub / wcale nie ograniczony(a)”?

Moduł ten został opracowany w celu wykorzystania we wszystkich badaniach społecznych i jest obecnie wdrożony w ramach europejskiego badania ankietowego dotyczącego zdrowia (EHIS), europejskiego badania ankietowego dotyczącego zdrowia i integracji społecznej (EHSIS) oraz statystyk UE dotyczących dochodów i warunków życia (EU-SILC). Warto wspomnieć, że na potrzeby różnych badań zakres pytań identyfikujących problem niepełnosprawności lub problemy zdrowotne jest rozszerzany. Przykładowo na potrzeby badania EHSIS wykorzystuje się model biopsychospołeczny, zgodnie z którym: „osoby niepełnosprawne to osoby, które napotykają na bariery w uczestnictwie w którejkolwiek z 10 dziedzin działalności z ICF zidentyfikowanych jako najbardziej istotne, związane między innymi z problemem zdrowotnym lub ograniczeniem podstawowej aktywności”⁴.

W zbiorowych zestawieniach przedstawiających statystyki krajów Wspólnoty Europejskiej dotyczące niepełnosprawności najczęściej prezentowane są dane dotyczące częstości występowania niepełnosprawności. Większość krajów Wspólnoty Europejskiej podaje dane statystyczne odnoszące się do osób niepełnosprawnych biologicznie, niektóre kraje posługują się danymi na temat osób niepełnosprawnych prawnie.

³ [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Minimum_European_Health_Module_\(MEHM\)](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Minimum_European_Health_Module_(MEHM)). Dostęp: 02.06.2022.

⁴ <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5926729/KS-RA-13-018-EN.PDF.pdf/26c7ea80-01d8-420e-bdc6-e9d5f6578e7c?t=1414782730000>. Dostęp: 02.06.2022.

W polskim systemie prawnym termin osoba niepełnosprawna po raz pierwszy pojawił się w uchwale Sejmu z dnia 16 września 1982 r. w sprawie inwalidów i osób niepełnosprawnych (M. P. 1982 Nr 22, poz. 188), ale nie został zdefiniowany. Wcześniej dla określenia osoby niepełnosprawnej używano terminu inwalida. Pierwsza definicja osoby niepełnosprawnej została wprowadzona dopiero w ustawie z dnia 9 maja 1991 r. o zatrudnianiu i rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 1991 r. Nr 46, poz. 201). Pojęcie to wyparło ze słownictwa prawnego oraz języka potocznego pojęcie inwalida. Jednakże w związku z tym, że definicja nie spełniała oczekiwań wielu środowisk, podjęto prace nad sformułowaniem jej nowej wersji.

System orzekania o niepełnosprawności w Polsce jest niejednolity. Określają go dwa podstawowe akty prawne: ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity Dz. U. z 2021 r. poz. 573) oraz ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (tekst jednolity Dz. U. z 2021 r. poz. 291, 353, 794, 1621, 1981).

W art. 2 Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych definiuje się niepełnosprawność jako „trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy”⁵.

W Polsce na potrzeby badań statystycznych stosuje się co najmniej dwie definicje osób niepełnosprawnych. Pierwsza odnosi się do prawnej kwalifikacji osób niepełnosprawnych, czyli tzw. niepełnosprawności prawnej, natomiast druga definicja bierze pod uwagę samoocenę, deklaracje poszczególnych osób co do odczuwania ograniczeń w wykonywaniu wybranych czynności, nawet pomimo braku posiadania orzeczenia o niepełnosprawności, czyli tzw. niepełnosprawności biologicznej.

Biologiczne ujęcie niepełnosprawności przyjmuje się w przypadku Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (*European Health Interview Survey – EHIS*). Podejście to jest podyktowane koniecznością wyodrębnienia subpopulacji osób niepełnosprawnych w poszczególnych państwach UE w taki sposób, aby można było przeprowadzić analizę porównawczą na poziomie międzynarodowym. Taka analiza nie byłaby możliwa przy wykorzystaniu niepełnosprawności prawnej w sytuacji różnych systemów orzeczniczych o niepełnosprawności w państwach członkowskich Unii Europejskiej. We wspomnianym badaniu EHIS wykorzystuje się rekomendowany standard europejski – jednolite unijne pytanie:

Czy z powodu problemów zdrowotnych miał/a Pan/i ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują?

⁵ Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity Dz. U. z 2021 r. poz. 573).

Przewidziano trzy możliwości odpowiedzi na powyższe pytanie:

1. Tak, poważnie ograniczoną;
2. Tak, ograniczoną, ale niezbyt poważnie;
3. Nie, nie miałem/łam żadnych ograniczeń (GUS, 2021).

3. System orzekania o niepełnosprawności w Polsce

W ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych w art. 1 określa się konieczność posiadania orzeczenia, by daną osobę uznać za niepełnosprawną. W zakresie zakwalifikowania do jednego z trzech stopni niepełnosprawności, orzeczenia takie wydają powiatowe/miejskie (w pierwszej instancji) lub wojewódzkie (w drugiej instancji) zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności. Trzecią instancją (odwoławczą) są rejonowe sądy pracy i ubezpieczeń społecznych.

Powiatowe oraz miejskie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności wydają orzeczenia o: niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności oraz wskazaniach do ulg i uprawnień.

W zakresie uznania danej osoby za inwalidę, osobę niezdolną do pracy lub niezdolną do samodzielnej egzystencji, takie orzeczenia wydawały lub wydają instytucje zabezpieczenia społecznego, takie jak: Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS), a także organy emerytalne Ministerstwa Obrony Narodowej (MON) oraz Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji (MSWiA).

Obecnie we wspomnianej ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych mówi się o stopniach niepełnosprawności: znacznym, umiarkowanym i lekkim.

Do znacznego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagającą w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.

Do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagającą czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych.

Natomiast do lekkiego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę o naruszonej sprawności organizmu, powodującej w sposób istotny obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu do zdolności, jaką wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną lub mająca ograniczenia w pełnieniu ról społecznych dające się kompensować przy pomocy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne.

Osoby, które nie ukończyły 16. roku życia zaliczane są do osób niepełnosprawnych, jeżeli mają naruszoną sprawność fizyczną lub psychiczną o przewidywanym okresie trwania powyżej 12 miesięcy, z powodu wady wrodzonej, długotrwałej choroby lub uszkodzenia organizmu, powodującą konieczność zapewnienia im całkowitej opieki lub pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych w sposób przewyższający wsparcie potrzebne osobie w danym wieku.

Wykaz ważnych orzeczeń kwalifikujących osoby do grupy osób niepełnosprawnych prawnie pozwala łatwiej odróżnić niezdolność do pracy od niepełnosprawności. Uznanie osoby za niezdolną do pracy przez lekarza orzecznika, komisję lekarską ZUS lub w postępowaniu sądowym w trybie odwoławczym od decyzji jest jednym z warunków przyznania renty. W myśl art. 12 ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych: „niezdolna do pracy jest osoba, która całkowicie lub częściowo utraciła zdolność do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania tej zdolności po przekwalifikowaniu”⁶. Na ocenę niezdolności do pracy w postępowaniu decydują, oprócz oceny stanu zdrowia, także inne okoliczności, takie jak: poziom kwalifikacji, możliwość zarobkowania w zakresie tych kwalifikacji, możliwość wykonywania dotychczasowej pracy lub podjęcia innej pracy oraz celowość przekwalifikowania zawodowego. Ponadto bierze się również pod uwagę: rodzaj i charakter dotychczas wykonywanej pracy, poziom wykształcenia oraz wiek i predyspozycje psychofizyczne. Wszystkie wymienione okoliczności i ocena stanu zdrowia składają się sumarycznie na tzw. ocenę prawną, która stoi u podstaw przyznania lub odmowy przyznania orzeczenia o niezdolności do pracy przez uprawniony organ.

Z kolei, zgodnie z ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, „niepełnosprawność i jej stopień oznaczają nie tylko naruszenie sprawności organizmu, lecz także utrudnienie, ograniczenie bądź niemożność wypełniania ról społecznych jako elementu uczestnictwa w życiu społecznym”⁷.

Orzeczenie o niezdolności do pracy, wydane przez lekarza orzecznika ZUS w trybie ustawy o emeryturach i rentach z FUS, traktowane jest na równi z orzeczeniem o niepełnosprawności, wydanym w trybie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Natomiast orzeczenie o niepełnosprawności, wydane w trybie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, nie uprawnia do otrzymania renty z tytułu niezdolności do pracy.

Cennym źródłem informacji o osobach niepełnosprawnych są dane administracyjne, m.in. z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Kasy Rolniczego Ubezpieczenia

⁶ Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (tekst jednolity Dz. U. z 2021 r. poz. 291, 353, 794, 1621, 1981).

⁷ Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity Dz. U. z 2021 r. poz. 573).

Spółecznego oraz z powiatowych zespołów do spraw orzekania o niepełnosprawności.

Zespoły orzekania o niepełnosprawności powstały na mocy ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

O niepełnosprawności orzekają:

- powiatowe/miejskie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności – w pierwszej instancji;
- wojewódzkie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności – w drugiej instancji.

Postępowanie orzecznicze jest zespołowe i dwuinstancyjne. Od orzeczenia wojewódzkiego zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności można odwołać się do sądu pracy i ubezpieczeń społecznych.

Na mocy art. 6d ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych powstał Elektroniczny Krajowy System Monitorowania i Orzekania o Niepełnosprawności (EKSMOoN). W pełnym zakresie funkcjonuje on od 1 stycznia 2008 r. i posiada w swym zasobie jedynie orzeczenia wydane po tej dacie. Powstaje zatem luka informacyjna, w systemie informatycznym EKSMOoN nie ma danych o decyzjach wydanych między 1 stycznia 1998 r. a 31 grudnia 2007 r.

Zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności działają na podstawie następujących aktów prawnych:

- Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573);
- Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. z 2018 r. poz. 2027);
- Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 1 lutego 2002 r. w sprawie kryteriów oceny niepełnosprawności u osób w wieku do 16. roku życia (Dz. U. z 2002 r. Nr 17, poz. 162);
- Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 28 listopada 2007 r. w sprawie warunków, sposobu oraz trybu gromadzenia i usuwania danych w ramach Elektronicznego Krajowego Systemu Monitoringu Orzekania o Niepełnosprawności (Dz. U. z 2007 r. Nr 228, poz. 1681);
- Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2007 r. w sprawie wykonywania badań specjalistycznych na potrzeby orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. z 2007 r. Nr 250, poz. 1875);

- Kodeksu Postępowania Administracyjnego – Ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. (Dz. U. z 2018 r. poz. 2096) – w kwestiach nie uregulowanych wyżej wymienionymi aktami prawnymi.

Powiatowe i wojewódzkie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności wydają orzeczenia o:

- niepełnosprawności;
- stopniu niepełnosprawności;
- wskazaniach do ulg i uprawnień.

W celu uzyskania orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności należy złożyć wniosek w powiatowym zespole ds. orzekania o niepełnosprawności. Osobie, która nie ukończyła 16. roku życia, zespół wydaje orzeczenie o niepełnosprawności na wniosek przedstawiciela ustawowego. Niepełnosprawność dziecka określa się na czas określony, jednak na okres nie dłuższy niż do ukończenia 16. roku życia.

Osobie, która ukończyła 16. rok życia, zespół wydaje orzeczenie o stopniu niepełnosprawności na wniosek osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego. Stopień niepełnosprawności orzeka się na czas określony lub na stałe. W orzeczeniu określa się jeden z trzech stopni niepełnosprawności: znaczny, umiarkowany lub lekki.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych orzeka o niezdolności do pracy dla celów rentowych. Orzeczenia wydają: lekarz orzecznik ZUS (w pierwszej instancji) i komisja lekarska ZUS (w drugiej instancji) na okres do 5 lat (w wyjątkowych przypadkach, gdy nie można oczekiwać odzyskania zdolności do pracy przed upływem tego okresu – na dłuższy okres). Ustalenie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy oraz renty szkoleniowej następuje na podstawie wniosku osoby zainteresowanej lub jej pełnomocnika zgłoszonego na piśmie lub ustnie do protokołu oraz po przedłożeniu odpowiednich dokumentów (m.in. dokumentacji medycznej o stanie zdrowia oraz wniosku o wydanie orzeczenia przez lekarza orzecznika).

Wniosek o rentę z tytułu niezdolności do pracy może być również zgłoszony u płatnika składek lub w innej jednostce uprawnionej do przyjmowania wniosków, a następnie przekazany do odpowiedniego organu rentowego lub bezpośrednio w organie rentowym właściwym ze względu na miejsce zamieszkania osoby zainteresowanej.

W myśl ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, które skutkują przyznaniem renty inwalidzkiej, są wydawane przez lekarzy rzeczoznawców (w pierwszej instancji) lub komisje lekarskie (w drugiej instancji). Jedną z przesłanek uzyskania prawa do tego świadczenia jest trwała lub okresowa całkowita niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym.

Od 1 września 1997 r. na mocy ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (art. 62 ust. 3) zmieniły się zasady orzekania o niepełnosprawności. Zlikwidowano I, II oraz III grupę inwalidzką, a osoby, które przed wejściem w życie ustawy uzyskały orzeczenie o zakwalifikowaniu do jednej z tych grup pozostały niepełnosprawnymi oraz zachowały nabyte uprawnienia dopóki orzeczenie nie utraciło mocy lub nie zostało zmienione. Orzeczenia o niezdolności do pracy wydane przez lekarza rzeczoznawcę lub komisję lekarską KRUS po 1 stycznia 1998 r. nie podlegają przełożeniu na orzeczenia o stopniu niepełnosprawności. Osoby, którym wydano orzeczenie w systemie orzecznictwa KRUS po 1 stycznia 1998 r., a więc mające ważne orzeczenie o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, mogą złożyć wniosek do powiatowego zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności o ustalenie stopnia niepełnosprawności.

Na mocy powyższej ustawy orzeczenia o stałej lub długoterminowej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, wydane przed 1 stycznia 1998 r. są traktowane na równi z:

- orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności – jeżeli osobie przysługuje zasiłek pielęgnacyjny;
- orzeczeniem o lekkim stopniu niepełnosprawności – w pozostałych przypadkach.

W orzecznictwie KRUS nie ma odpowiednika drugiego stopnia niepełnosprawności.

Na podstawie ustawy o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin (Dz. U. z 2019 r. poz. 289) oraz ustawy o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy: Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej oraz ich rodzin (Dz. U. z 2019 r. poz. 288) komisje lekarskie podległe MON i MSWiA wydają orzeczenia o grupie inwalidztwa. Orzeczenia komisji, które zostały wydane po 1 stycznia 1998 r. nie są tożsame z orzeczeniami o niepełnosprawności w rozumieniu ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

4. Zasoby informacyjne statystyki publicznej dotyczące osób niepełnosprawnych

Dane dotyczące osób niepełnosprawnych prawnie i biologicznie zbierane są w ramach spisów powszechnych realizowanych w Polsce co 10 lat oraz ankietowych badań reprezentacyjnych: Europejskiego Ankietowego Badania Stanu Zdrowia (EHIS) realizowanego co 5 lat oraz Europejskiego Badania Warunków Życia (EU SILC) realizowanego co roku.

Podstawą Europejskiego Ankietowego Badania Stanu Zdrowia (EHIS) jest subiektywna ocena sytuacji zdrowotnej mieszkańców Polski, a jego wyniki dostarczają kompleksowej wiedzy na temat stanu zdrowia społeczeństwa i czynników wpływających na jego kondycję. Badanie obejmuje takie aspekty, jak: stan zdrowia, chorobowość, zdrowie psychiczne, wypadki i urazy, korzystanie z opieki zdrowotnej, profilaktyka zdrowotna oraz determinanty zdrowia. Sytuacja zdrowotna jest charakteryzowana w kontekście cech demograficzno-społecznych osób oraz ich miejsca zamieszkania. Badanie pozwala na prezentację danych zarówno o zbiorowości osób odczuwających pewne niepełnosprawności, jak również osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności. Wyniki są udostępniane w publikacji *Stan zdrowia ludności Polski* (GUS, 2021).

Celem wprowadzenia Europejskiego Badania Dochodów i Warunków Życia w krajach członkowskich jest pozyskanie podstawowego źródła porównywalnych na poziomie Unii danych z zakresu sytuacji dochodowej, ubóstwa i innych aspektów warunków życia ludności. Zestaw zmiennych obowiązkowych obejmuje: podstawowe informacje dotyczące cech demograficznych respondentów, ich uczestnictwa w procesie edukacji, samooceny stanu zdrowia, wybrane dane dotyczące deprivacji, dane z zakresu warunków mieszkaniowych, informacje na temat aktywności ekonomicznej, a przede wszystkim szeroki zakres informacji dotyczących poziomu i źródeł dochodów. EU-SILC zakłada również prowadzenie badań modułowych, których tematyka odpowiadać będzie na aktualne zapotrzebowanie organów Unii Europejskiej. Wyniki badania są udostępniane w publikacji *Dochody i warunki życia ludności Polski* (GUS, 2022).

W Polsce dane dotyczące osób niepełnosprawnych prawnie dostępne są na bieżąco, z kwartalną częstotliwością, na podstawie wyników Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL). Podstawowym celem badania jest dostarczenie informacji o rozmiarach i strukturze populacji osób pracujących, bezrobotnych i biernych zawodowo z uwzględnieniem cech demograficzno-społecznych i zawodowych osób oraz podstawowej charakterystyki miejsca pracy. Podstawowym kryterium podziału ludności na pracujących, bezrobotnych i biernych zawodowo jest praca, czyli wykonywanie, posiadanie bądź poszukiwanie pracy. Ludność podzielona z punktu widzenia statusu na rynku pracy jest następnie charakteryzowana z uwzględnieniem cech demograficzno-społecznych oraz w powiązaniu z innymi cechami, w tym z niepełnosprawnością. Ostateczne wyniki kwartalne są udostępniane w rocznikach, bazach danych oraz publikacji *Aktywność ekonomiczna ludności Polski* (GUS, 2022).

Na podstawie Badania Budżetów Gospodarstw Domowych dostępne są dane dotyczące sytuacji materialnej gospodarstw domowych z osobami niepełnosprawnymi prawnie. Jej miernikiem jest wartość wskaźnika zagrożenia ubóstwem w tych gospodarstwach.

Przedmiotem badania jest przede wszystkim budżet gospodarstwa domowego, tzn. wielkość przychodów i rozchodów (pieniężnych i niepieniężnych) wszystkich członków badanego gospodarstwa domowego oraz ilościowe spożycie wybranych artykułów i usług. Ponadto w badaniu zbierane są informacje o cechach demograficznych i społeczno-ekonomicznych osób wchodzących w skład gospodarstwa domowego, warunkach mieszkaniowych, zasobności, wyposażeniu gospodarstwa w dobra trwałe do użytkowania oraz subiektywnej ocenie sytuacji materialnej gospodarstwa domowego. Jednym z kryteriów grupujących gospodarstwa domowe w badaniu jest niepełnosprawność, zatem wyniki są prezentowane odrębnie dla gospodarstw domowych z osobami niepełnosprawnymi i bez osób niepełnosprawnych. Podstawowe wyniki roczne badania są publikowane w rocznikach, bazach danych oraz corocznej publikacji *Budżety gospodarstw domowych* (GUS, 2021).

W zbiorowych zestawieniach przedstawiających statystyki krajów Wspólnoty Europejskiej dotyczących niepełnosprawności najczęściej prezentowane są dane dotyczące częstości występowania niepełnosprawności. Większość krajów Wspólnoty Europejskiej podaje dane statystyczne odnoszące się do osób niepełnosprawnych biologicznie, niektóre kraje posługują się danymi na temat osób niepełnosprawnych prawnie.

Statystyka publiczna pozyskuje dodatkowo dane o osobach niepełnosprawnych ze *Sprawozdania o rynku pracy* (MRPiPS-01) oraz *Sprawozdania o pracujących, wynagrodzeniach i czasie pracy* (Z-06).

Sprawozdanie o rynku pracy dotyczy osób bezrobotnych i poszukujących pracy zarejestrowanych w powiatowych urzędach pracy. Liczba i struktura bezrobotnych jest przedstawiana według cech demograficznych, społeczno-zawodowych, czasu pozostawania bez pracy, ostatniego miejsca pracy oraz stażu pracy. Wśród kategorii bezrobotnych, będących w szczególnej sytuacji na rynku pracy, znalazły się osoby niepełnosprawne. Wyniki są publikowane w bazach danych oraz w kwartalnej publikacji *Bezrobocie rejestrowane* (GUS, 2022).

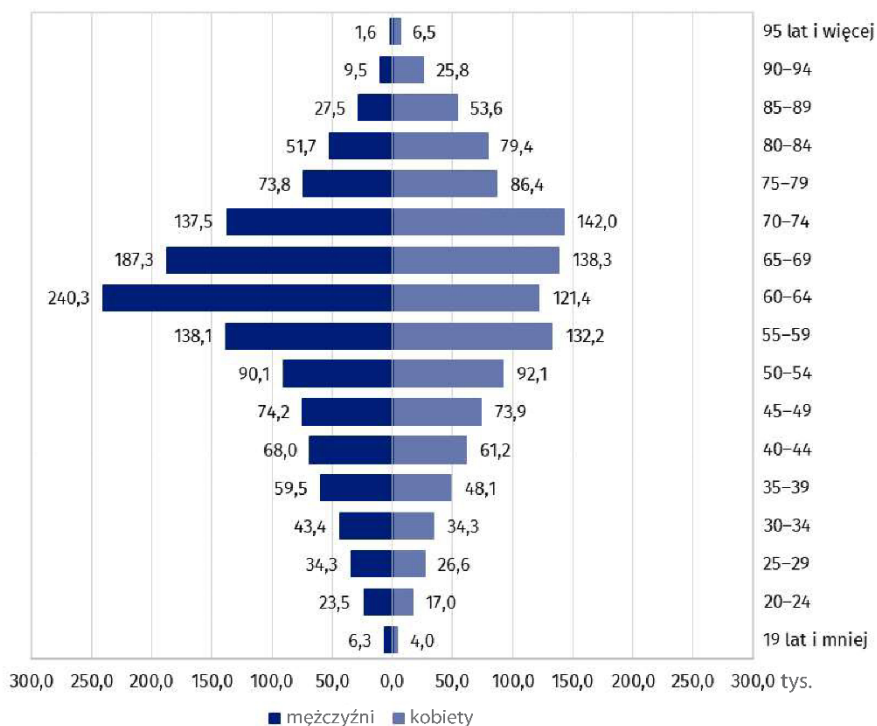
Sprawozdanie o pracujących, wynagrodzeniach i czasie pracy jest realizowane przede wszystkim przez średnie i duże przedsiębiorstwa, w których liczba pracujących wynosi 10 osób i więcej. W badaniu wśród osób pracujących wyszczególniono osoby niepełnosprawne. Wyniki obejmują liczbę osób niepełnosprawnych pracujących według: sekcji, działów, grup, klas i podklas PKD 2007, sektorów i form własności, szczególnych form prawnych oraz według płci. Wyniki są udostępniane w corocznej publikacji *Pracujący i wynagrodzenia w gospodarce narodowej* (GUS, 2021).

Statystyka publiczna pozyskuje dane dotyczące osób niepełnosprawnych oraz przystosowań obiektów do potrzeb osób niepełnosprawnych w badaniach dotyczących m.in.: rynku pracy, transportu, edukacji, kultury, turystyki, sportu, ochrony zdrowia, opieki społecznej.

5. Osoby z niepełnosprawnością na rynku pracy – w świetle wyników badań statystycznych

W grudniu 2020 r. w Polsce było 2,4 mln osób pobierających świadczenia emerytalno-rentowe lub ubezpieczonych przez płatników składek w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, które posiadały orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (wydane przez zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności) lub orzeczenie o stopniu niezdolności do pracy (wydane przez ZUS). W badanej populacji osób z orzeczeniem przeważali mężczyźni, którzy stanowili 52,6%. Biorąc pod uwagę wiek w analizowanej zbiorowości najczęściej występowali mężczyźni w wieku 64 lat (54,4 tys.), a około 52,7 tys. mężczyzn było w wieku 63 lat. Najwięcej kobiet z orzeczeniem było w wieku 71 lat (31,7 tys.). Ponad 30 tys. kobiet miało 59 lat (30,7 tys.) lub 70 lat (30,5 tys.). Mediana wieku mężczyzn z orzeczeniem wynosiła 62 lata, a mediana wieku kobiet – 63 lata (wykr. 1).

Wykr. 1. Osoby z orzeczoną niepełnosprawnością według płci i grup wieku w 2020 r. (stan w dniu 31 grudnia)

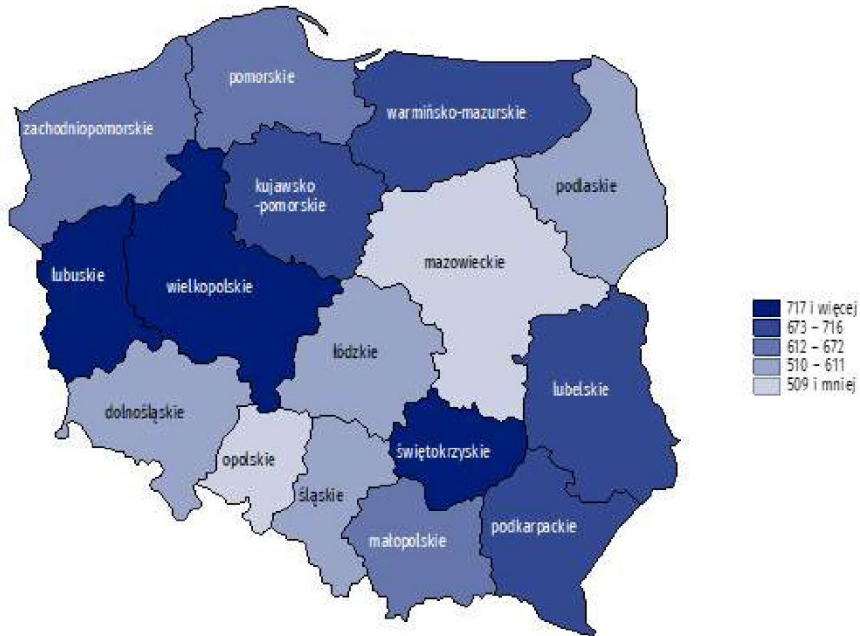


Źródło: GUS (2021).

Najwięcej mężczyzn i kobiet z orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności lub stopniu niezdolności do pracy deklarowało zameldowanie w województwie śląskim (odpowiednio: 148,4 tys. i 123,8 tys.), a połowa badanej zbiorowości wskazała województwa: dolnośląskie, małopolskie, mazowieckie, śląskie i wielkopolskie. Najmniej osób w badanej zbiorowości podało województwo opolskie (25,2 tys. mężczyzn i 21,0 tys. kobiet).

Najwyższa wartość wskaźnika liczby osób z orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności lub stopniu niezdolności do pracy na 10 tys. ludności wystąpiła w województwie lubuskim (890). Wskaźnik przekroczył 700 osób w województwach: wielkopolskim (723), świętokrzyskim (721), podkarpackim (712), kujawsko-pomorskim (708) i warmińsko-mazurskim (706). Z kolei najmniej osób w badanej zbiorowości osób z orzeczeniem na 10 tys. ludności deklarowało województwo mazowieckie (468). Ponadto wartość wskaźnika była mniejsza od 500 osób w województwie opolskim (473) (mapa).

Mapa. Liczba osób posiadających orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub stopniu niezdolności do pracy na 10 tys. ludności według województw w 2020 r. (stan w dniu 31 grudnia)

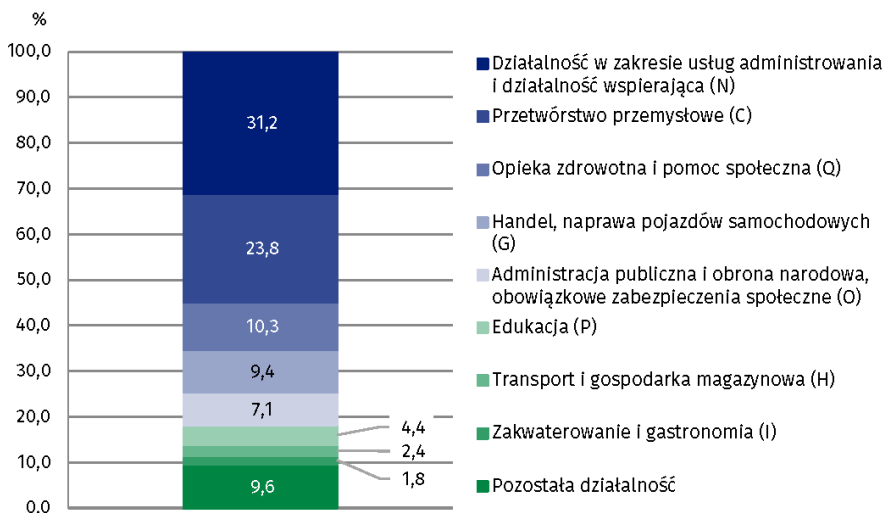


Źródło: GUS (2021).

W końcu 2020 r. większość osób niepełnosprawnych pracujących w średnich i dużych przedsiębiorstwach była zatrudniona w sektorze prywatnym (76,0%). Więcej niż połowa tych osób pracowała w sekcji Działalność w zakresie usług administrowania i działalność wspierająca (104,0 tys.) oraz w sekcji Przetwórstwo przemysłowe (79,6 tys.).

W dniu 31 grudnia 2020 r. w podmiotach zatrudniających 10 osób i więcej pracowało 333,7 tys. osób niepełnosprawnych, głównie w działalności w zakresie usług administrowania i działalności wspierającej (31,2%), w tym w działalności detektywistycznej i ochroniarskiej (19,0%) oraz działalności usługowej związanej z utrzymaniem porządku w budynkach i zagospodarowaniem terenów zielonych (9,0%). Co czwarta osoba niepełnosprawna pracowała w przetwórstwie przemysłowym (23,8%). W opiece zdrowotnej pracowało 10,3% osób niepełnosprawnych (wykr. 2).

Wykr. 2. Struktura pracujących osób niepełnosprawnych według sekcji PKD w 2020 r. (stan w dniu 31 grudnia)



Źródło: GUS (2021).

6. Podsumowanie

Wynikowe informacje statystyczne będące efektem prac zespołu Urzędu Statystycznego w Krakowie są dostępne w ogólnopolskich informacjach sygnałnych Głównego Urzędu Statystycznego, dotyczących tematyki osób niepełnosprawnych, wydawanych od 2019 r. Najnowsze opracowanie zatytułowane *Osoby niepełnosprawne w 2020 r.* zostało wydane w grudniu 2021 r. (GUS, 2021).

W wyniku prowadzonych prac metodologicznych Urząd Statystyczny w Krakowie zgłosił do programu badań statystycznych statystyki publicznej w 2023 r. nowe badanie pt. *Osoby niepełnosprawne prawnie* (GUS, 2022), którego celem będzie coroczne dostarczanie informacji o sytuacji społeczno-demograficznej populacji osób niepełnosprawnych prawnie.

W najbliższym czasie planowane jest również opracowanie założeń do badania w obszarze niepełnosprawności biologicznej we współpracy z przedstawicielami Biura Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych.

Wykaz skrótów:

BAEL	– Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności
BBGD	– Badanie Budżetów Gospodarstw Domowych
EHIS	– Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia (<i>European Health Interview Survey</i>)
EKSMOoN	– Elektroniczny Krajowy System Monitorowania i Orzekania o Niepełnosprawności
EU-SILC	– Europejskie Badanie Dochodów i Warunków Życia
GUS	– Główny Urząd Statystyczny
ICF	– Międzynarodowa klasyfikacja funkcjonowania, niepełnosprawności i zdrowia (<i>International Classification of Functioning, Disability and Health</i>)
KRUS	– Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
MEHM	– Minimalny Europejski Moduł Zdrowia (<i>Minimum European Health Module</i>)
MON	– Ministerstwo Obrony Narodowej
MRiPS	– Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej
MS	– Ministerstwo Sprawiedliwości
MSWiA	– Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji
NSP	– Narodowy Spis Powszechny
ONZ	– Organizacja Narodów Zjednoczonych
ZUS	– Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Bibliografia

- Barnes, C., Mercer, G. (2008). *Niepełnosprawność*, Wydawnictwo Sic!
Główny Urząd Statystyczny. (2022). *Aktywność ekonomiczna ludności Polski*.
Główny Urząd Statystyczny. (2022). *Aktywność ekonomiczna ludności Polski. Bezrobocie rejestrowane. I–IV kwartał 2021 r.*
Główny Urząd Statystyczny. (2021). *Budżety gospodarstw domowych w 2020 r.*

- Główny Urząd Statystyczny. (2022). *Dochody i warunki życia ludności Polski (raport z badania EU-SILC 2020)*.
- Główny Urząd Statystyczny. (2021). *Osoby niepełnosprawne w 2020 r.*
- Główny Urząd Statystyczny. (2022). *Projekt Programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2023 – wersja do uzgodnień międzydziałowych, opiniowania i konsultacji publicznych.*
- Główny Urząd Statystyczny. (2021). *Pracujący i wynagrodzenia w gospodarce narodowej w 2020 r.*
- Główny Urząd Statystyczny. (2021). *Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r.*
- Organizacja Narodów Zjednoczonych. (2012). *Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych* (Dz. U. poz. 1169).
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 1 lutego 2002 r. w sprawie kryteriów oceny niepełnosprawności u osób w wieku do 16 roku życia (Dz. U. z 2002 r. Nr 17, poz. 162).
- Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. z 2018 r. poz. 2027).
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 28 listopada 2007 r. w sprawie warunków, sposobu oraz trybu gromadzenia i usuwania danych w ramach Elektronicznego Krajowego Systemu Monitoringu Orzekania o Niepełnosprawności (Dz. U. z 2007 r. Nr 228, poz. 1681).
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2007 r. w sprawie wykonywania badań specjalistycznych na potrzeby orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. z 2007 r. Nr 250, poz. 1875).
- Uchwała Sejmu z dnia 16 września 1982 r. w sprawie inwalidów i osób niepełnosprawnych (M. P. 1982 Nr 22, poz. 188).
- Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks Postępowania Administracyjnego (Dz. U. z 2018 r. poz. 2096).
- Ustawa z dnia 9 maja 1991 r. o zatrudnianiu i rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 1991 r. Nr 46, poz. 201).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573).
- Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 291, 353, 794, 1621, 1981).

Niepełnosprawność w Polsce w 2019 r. na podstawie Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS)

1. Porządek definicyjny

W opracowaniu zaprezentowane zostały najciekawsze z analitycznego punktu widzenia informacje wynikowe z badania EHIS¹ z 2019 r. w porównaniu do wyników z poprzednich edycji tego badania z lat 2009 i 2014. Ze względu na ukształtowany w latach poprzednich porządek pojęciowy wymiennie używane są pojęcia „osoba niepełnosprawna” (starsze pojęcie) i „osoba z niepełnosprawnością” (nowsze pojęcie).

Zacznijmy od definicji. Mamy trzy sposoby podejścia do definiowania niepełnosprawności. Obok niepełnosprawności prawnej (osoba, która posiada odpowiednie orzeczenie wydane przez organ do tego uprawniony jest uznawana za osobę niepełnosprawną prawnie)², w analizie zbiorowości osób z niepełnosprawnością wyodrębniana jest grupa osób niepełnosprawnych biologicznie, a ich liczba jest ustalana na podstawie subiektywnej deklaracji z badania ankietowego. Niepełnosprawność biologiczna może wystąpić w stopniu poważnym lub niezbyt poważnym. To rozróżnienie jest istotne dla definicji trzeciej. Utrudnienie w wykonywaniu zwykłych czynności, takich które człowiek zazwyczaj wykonuje, żeby mogło być uznane za niepełnosprawność biologiczną, musi trwać co najmniej 6 miesięcy. Nie wystarczy zatem, że dana osoba odczuwa daną dolegliwość, dziś i jutro, a trzeciego dnia przestaje odczuwać – to jeszcze nie jest niepełnosprawność biologiczna, dana dolegliwość, by mogła być uznana za niepełnosprawność biologiczną, musi trwać przez okres co najmniej 6 miesięcy.

^a Dyrektor Departamentu Badań Społecznych GUS.

¹ Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia (*European Health Interview Survey – EHIS*).

² Główny Urząd Statystyczny / Metainformacje / Słownik pojęć / Pojęcia stosowane w statystyce publicznej.

I teraz definicja, zaryzykuję stwierdzenie, że najpełniejsza, statystyczna, która łączy w sobie te dwa podejścia, o których była mowa wcześniej, czyli niepełnosprawność prawną i niepełnosprawność biologiczną. Czyli z jednej strony według definicji statystycznej wśród osób niepełnosprawnych mamy wszystkich, którzy są uznani za niepełnosprawnych pod względem prawnym, pomimo różnorodności orzeczeń, pomimo różnych organów, które te orzeczenia wydają. Jeżeli nasz respondent ma którekolwiek z wydawanych orzeczeń, przez kogokolwiek z tych uprawnionych podmiotów wydane, to jest uznany za niepełnosprawnego prawnie. Ale do tej grupy niepełnosprawnych według definicji statystycznej dołączamy również tych z grupy niepełnosprawnych biologicznie, którzy zadeklarowali, że są niepełnosprawni biologicznie w stopniu poważnym (oczywiście przy zastosowaniu wymogu minimum 6 miesięcy trwania dolegliwości).

2. Osoby z niepełnosprawnością według definicji statystycznej

W badaniu EHIS i w ślad za nim w kilku innych badaniach respondent odpowiada na pytanie, czy odczuwał utrudnienia w wykonywaniu zwykłych czynności, które zazwyczaj się wykonuje, i czy to utrudnienie było w stopniu poważnym czy niezbyt poważnym, i czy trwało co najmniej 6 miesięcy. I teraz, jeżeli mamy grupę osób, które spełniają oba warunki: że to utrudnienie trwało co najmniej 6 miesięcy i występowało w stopniu poważnym, to na tych samych zasadach jak niepełnosprawni prawnie są te osoby niepełnosprawne biologicznie w stopniu poważnym dołączane do grupy osób z niepełnosprawnością. W dalszej części opracowania analiza odnosi się w przeważającej części do zbiorowości osób niepełnosprawnych w ujęciu statystycznym.

Tabl. 1. Odsetki osób z niepełnosprawnościami według definicji statystycznej

Wyszczególnienie	2009	2014	2019
Ogółem	13,9	12,9	13,0
miasto	14,1	13,5	13,2
wieś	13,7	12,0	12,6
Mężczyźni	13,1	13,0	13,1
Kobiety	14,7	12,8	12,9

Źródło: GUS, badanie EHIS (2009, 2014, 2019).

Teraz można zadać sobie pytanie, ile tych osób jest, jaki stanowią odsetek. W tabl. 1 zostały zilustrowane wyniki z trzech kolejnych edycji EHIS – z lat 2009, 2014 i 2019. Zmiany, które wystąpiły, są umiarkowane, ale dostrzegalne. W przypadku wyniku ogółem wystąpił spadek odsetka osób niepełnosprawnych według ujęcia statystycznego o niecały 1 p.proc., z 13,9 na 13%. Natomiast w przypadku przekro-

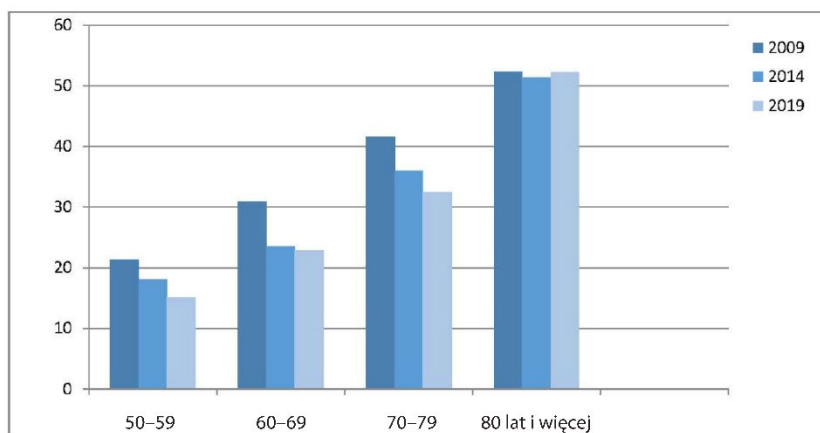
jów miasto/wieś oraz mężczyźni/kobiety widać już bardziej znaczące różnice. Warto zwrócić uwagę na jeden element – odsetek kobiet uznanych za niepełnosprawne według ujęcia statystycznego spadł o niemal 2 p.proc. pomiędzy rokiem 2009 a 2014, a potem w 2019 r. pozostał na podobnym poziomie. I to jest najbardziej znacząca zmiana, jaka wystąpiła pomiędzy trzema edycjami EHIS w tym zakresie. W przypadku mężczyzn odsetek osób z niepełnosprawnością pozostawał w całym okresie 2009–2019 na niemal niezmiennym poziomie około 13%, a wśród mieszkańców zarówno miast, jak i wsi umiarkowanie spadł o około 1 p.proc. pomiędzy 2009 a 2019 r.

Bardzo ciekawe zjawiska obserwujemy w ujęciu według grup wiekowych (tabl. 2 i wykres). W grupach wieku poniżej 50. roku życia wystąpiły relatywnie małe różnice i odsetki osób z niepełnosprawnością. Natomiast, począwszy od przekroczenia barier 50. roku życia, bardzo szybko liczba i w ślad za tym odsetek osób niepełnosprawnych rośnie, dochodząc w grupie 70–79 lat (w ujęciu statystycznym) w 2019 r. do prawie 1/3. Jest to jednak znacząco mniejszy odsetek w porównaniu z poprzednimi edycjami EHIS (spadek o około 8 p.proc. w stosunku do badania z 2009 r.).

O ile między rokiem 2009 a 2019 odsetek osób niepełnosprawnych ogółem spadł o 0,9 p.proc., to pozostawał na bardzo podobnym poziomie (nieco powyżej 1/2) w grupie osób liczących co najmniej 80 lat zarówno w 2009 i 2014, jak i w 2019 r.

Na podstawie danych wynikowych przytoczonych powyżej oraz na wykresie można stwierdzić, że o ile w grupach wieku 50–59, 60–69 i 70–79 w okresie 2009–2019 znacząco spadł odsetek osób niepełnosprawnych, to w grupie najstarszej, osób liczących co najmniej 80 lat, pozostał na podobnym i bardzo wysokim poziomie ponad 50%.

Wykres. Odsetki osób z niepełnosprawnościami według definicji statystycznej 2009, 2014, 2019 – według grup wieku



Źródło: GUS, badanie EHIS (2009, 2014, 2019).

W grupach wieku 60–69, 70–79 i 80+ wystąpiła następująca prawidłowość: w grupie osób, które są niepełnosprawne prawnie i biologicznie oraz w grupie osób, które są niepełnosprawne wyłącznie biologicznie (tabl. 2), mamy do czynienia ze wzrostem odsetka osób niepełnosprawnych wraz z wiekiem, natomiast wśród tych, którzy są niepełnosprawni wyłącznie prawnie, w ww. grupach wieku występuje stabilizacja na poziomie niemal 14% udziału tych, którzy mają orzeczenie o niepełnosprawności, ale nie deklarują się jako osoby niepełnosprawne biologicznie w stopniu poważnym. Jaka może być przyczyna takiej prawidłowości? Można postawić hipotezę, że być może orzeczenie o niepełnosprawności w momencie, kiedy człowiek wychodzi z okresu uprawiania aktywności zawodowej, nie jest mu już tak bardzo potrzebne jak w momencie, kiedy pracuje, czyli jakby część tych orzeczeń kwalifikujących do niepełnosprawności prawnej traci na znaczeniu, bo człowiek już nabywa prawa emerytalne i nie ubiega się o takie orzeczenie. Ale też może być inna przyczyna: że wraz z wiekiem coraz trudniej jest albo samemu się zmobilizować, albo pokonać te wszystkie biurokratyczne perturbacje, które wiążą się z uzyskaniem takiego orzeczenia. Po prostu im człowiek jest starszy, tym ma mniej sił i mniej czuje się do tego przygotowany, żeby tę ścieżkę biurokratyczną przejść.

Tabl. 2. Odsetki osób z niepełnosprawnościami według definicji statystycznej
– miasto/wieś, płeć, wiek

Wyszczególnienie	Ogółem	Niepełnosprawni			Sprawni	
		razem	prawnie i biologicznie	tylko prawnie		tylko biologicznie
w odsetkach						
Ogółem	100,0	13,0	3,8	6,6	2,6	87,0
Miasta	100,0	13,2	3,8	7,1	2,4	86,8
Wieś	100,0	12,6	3,9	5,9	2,8	87,4
Płeć						
Mężczyźni	100,0	13,1	4,1	6,9	2,1	86,9
Kobiety	100,0	12,9	3,5	6,4	3,0	87,1
Wiek						
0–4 lata	100,0	3,6	0,5	2,9	0,2	96,4
5–9	100,0	3,7	0,7	3,0	0,0	96,3
10–14	100,0	5,5	0,9	4,5	0,1	94,5
15–19	100,0	4,0	1,3	2,2	0,5	96,0
20–29	100,0	4,6	1,4	3,0	0,2	95,4
30–39	100,0	5,3	2,1	2,9	0,4	94,7
40–49	100,0	7,9	2,1	4,3	1,4	92,1
50–59	100,0	15,1	4,5	8,9	1,7	84,9
60–69	100,0	22,9	5,8	13,5	3,5	77,1
70–79	100,0	32,5	9,6	13,7	9,2	67,5
80 lat i więcej	100,0	52,2	18,3	13,8	20,1	47,8

Źródło: GUS, badanie EHIS (2019).

3. Dominujące schorzenia wśród osób z niepełnosprawnością

Po zdefiniowaniu grupy osób niepełnosprawnych w ujęciu statystycznym warto przeanalizować rodzaje dolegliwości, na które osoby te najczęściej się skarżą (tabl. 3). Numerem 1 są uszkodzenia i choroby narządu ruchu. Aczkolwiek między rokiem 2009 a 2019 odsetek takich osób wśród osób niepełnosprawnych w ujęciu statystycznym spadł o niemal 4 p.proc. do 51,9% w 2019 r. Drugą w kolejności przypadłością są schorzenia układu krążenia. Tutaj znowu mamy podobną historię – wysoki odsetek, ale spadający pomiędzy rokiem 2009 a 2019 do 42,7%. Trzecią w kolejności grupą chorób, jeżeli popatrzymy na wyniki z roku 2019, są uszkodzenia i choroby narządu wzroku. Tutaj mamy odwrotną tendencję niż w przypadku innych schorzeń, to znaczy, że między rokiem 2009 a 2019 wystąpił wzrost odsetka, z lokalnym maksimum w roku 2014, i niewielkim spadkiem między rokiem 2014 a 2019 do wartości 33,3%. Jednak, jeżeli popatrzymy na cały okres dziesięcioletni, to jest to wzrost o 6 p.proc. Powyższe zestawienie może być też przyczynkiem do bardzo ciekawych i pogłębionych dociekań.

Tabl. 3. Najczęstsze schorzenia wśród osób niepełnosprawnych w wieku co najmniej 15 lat

Wyszczególnienie	2009	2014	2019
	w odsetkach		
Niepełnosprawni (prawnie lub biologicznie) ogółem	100,0	100,0	100,0
w tym mający:			
Uszkodzenia i choroby narządu ruchu	55,8	59,1	51,9
Uszkodzenia i choroby narządu wzroku	27,3	35,2	33,3
Uszkodzenia i choroby narządu słuchu	13,7	18,7	14,5
Schorzenia układu krążenia	49,6	47,3	42,7
Schorzenia neurologiczne	33,0	38,2	27,8
Schorzenia psychiczne	10,1	11,3	7,0
Upośledzenie umysłowe	4,0	4,6	1,7
Inne schorzenia	27,1	31,3	32,6

Źródło: GUS, badanie EHIS (2009, 2014, 2019).

W przypadku porównań pomiędzy mężczyznami i kobietami w odniesieniu do najczęstszych schorzeń (tabl. 4) można powiedzieć, że przy wielu schorzeniach wyniki są bardzo podobne. Ale widać wyraźnie, że w przypadku uszkodzeń narządu ruchu częściej deklarują je kobiety niż mężczyźni – 55 wobec 47%. Jeszcze większa różnica wystąpiła w przypadku uszkodzeń i chorób narządu wzroku – u kobiet prawie 38%, u mężczyzn 27%. Tego typu zróżnicowanie, które wynika z rezultatów badania EHIS z 2019 r., może być przyczynkiem do dalszych dociekań o sytuacji przedcovidowej w odniesieniu do osób z niepełnosprawnościami.

Tabl. 4. Najczęstsze schorzenia wśród osób niepełnosprawnych w wieku co najmniej 15 lat w 2019 r. w %

Wyszczególnienie	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
Niepełnosprawni (prawnie lub biologicznie) ogółem	100,0	100,0	100,0
w tym mający:			
Uszkodzenia i choroby narządu ruchu	51,9	47,1	55,5
Uszkodzenia i choroby narządu wzroku	33,3	27,2	37,8
Uszkodzenia i choroby narządu słuchu	14,5	15,3	13,8
Schorzenia układu krążenia	42,7	42,2	43,1
Schorzenia neurologiczne	27,8	27,3	28,3
Schorzenia psychiczne	7,0	8,0	6,2
Upośledzenie umysłowe	1,7	2,5	1,2
Inne schorzenia	32,6	31,1	33,7

Źródło: GUS, badanie EHIS (2019).

4. Kluczowe różnice pomiędzy osobami z niepełnosprawnością i bez niej

Warto także przeanalizować największe różnice pomiędzy zbiorowością osób uznanych za niepełnosprawne w ujęciu statystycznym a osobami, które uznane zostały za pozbawione niepełnosprawności (tabl. 5). Bardzo dużą różnicę widać na rynku pracy, dramatycznie dużą. Wśród osób bez niepełnosprawności jest prawie 60% osób pracujących. Z drugiej strony w grupie osób uznanych za niepełnosprawne w ujęciu statystycznym pracowało jedynie nieco ponad 15%. Czyli mamy relację prawie 4 do 1 dla odsetka pracujących wśród osób bez niepełnosprawności w stosunku do osób z niepełnosprawnością. Jeszcze większa różnica występuje w odniesieniu do osób jednocześnie niepełnosprawnych biologicznie w stopniu poważnym i niepełnosprawnych prawnie, wśród których pracowało jedynie około 5%.

Tabl. 5. Porównanie zbiorowości osób niepełnosprawnych i bez niepełnosprawności w 2019 r.

Wyszczególnienie	Ogółem	Niepełnosprawni				Sprawni
		razem	prawnie i biologicznie	tylko prawnie	tylko biologicznie	
Wyższe wykształcenie (15 lat i więcej)	24,3	10,2	7,0	11,8	10,9	26,8
Żonaty/zamężna (15 lat i więcej)	58,7	49,6	43,8	52,9	50,3	60,3
Status na rynku pracy (15 lat i więcej):						
pracujący	53,0	15,6	5,1	21,9	15,8	59,4
bezrobotni	3,8	2,9	2,3	3,3	2,6	3,9
bierni zawodowo	43,0	81,5	92,5	74,7	81,5	36,4
brak danych	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3
Długotrwałe problemy zdrowotne – z problemami zdrowotnymi	48,9	98,1	99,8	96,6	99,4	41,5
Choroby i dolegliwości przewlekłe – chorujący przewlekłe	54,2	96,6	98,6	94,7	98,4	47,8
Ocena stanu zdrowia:						
bardzo dobre i dobre	66,9	14,9	3,4	22,8	7,4	74,2
takie sobie, ani dobre ani złe ...	24,0	39,3	24,7	47,6	35,1	21,8
złe i bardzo złe	9,0	45,8	71,9	29,6	57,5	3,8

Źródło: GUS, badanie EHIS (2019).

Innym zagadnieniem wartym krótkiej analizy jest poziom wykształcenia. W roku 2019 nieco ponad 10% osób z niepełnosprawnością w wieku 15 lat lub więcej deklaroowało wyższe wykształcenie, podczas gdy w tym samym czasie niemal 27% osób z tak określonej grupy wiekowej bez niepełnosprawności deklaroowało taki poziom wykształcenia. W obu grupach odsetek ten wzrósł i to dosyć szybko między rokiem 2009 a 2019. Jeżeli zrobimy bardzo prostą operację, to znaczy podzielimy ten odsetek dla osób bez niepełnosprawności przez odsetek dla osób z niepełnosprawnością, to niestety wskaźnik ten był w 2019 r. wyższy niż w 2009 r. W obu grupach wzrósł odsetek osób z wyższym wykształceniem, natomiast szybciej w grupie osób bez niepełnosprawności. Być może to też jest jakiś przyczynek do refleksji, co można by było zrobić, żeby osoby z niepełnosprawnością mogły tę lukę wypełniać i doganiać osoby bez niepełnosprawności i na rynku pracy, i pod względem poziomu wykształcenia.

Innym ciekawym przekrojem jest kwestia stanu cywilnego. W 2019 r. o ponad 10 p.proc. wyższy był odsetek osób, które są małżonkami wśród osób bez niepełnosprawności niż wśród osób uznanych za niepełnosprawne w ujęciu statystycznym (odpowiednio: 60,3 i 49,6%).

Wśród osób z niepełnosprawnością w ujęciu statystycznym borykanie się z przewlekłymi chorobami i jednocześnie doświadczaniem takich długotrwałych problemów zdrowotnych zadeklaroowało niewiele poniżej 100%. Natomiast ciekawym re-

zultatem jest subiektywna ocena stanu zdrowia. Jeżeli popatrzymy tylko na jeden wskaźnik, czyli osoby, które deklarują bardzo dobry lub dobry stan zdrowia wedle swojej subiektywnej oceny, to w przypadku osób bez niepełnosprawności mamy prawie 3/4 takich deklaracji, natomiast w przypadku osób z niepełnosprawnością jest to niecałe 15%. Ale najniższy odsetek (3,4%) takich deklaracji samooceny stanu zdrowia wystąpił wśród tych, którzy mają jednocześnie orzeczoną niepełnosprawność prawną i deklarują niepełnosprawność biologiczną w stopniu poważnym.

5. Podsumowanie

Na podstawie badania EHIS z 2019 r. osób niepełnosprawnych w ujęciu statystycznym jest 13%. W tej grupie jest 3,8% tych, którzy są i prawnie, i biologicznie w stopniu poważnym niepełnosprawni. Ponadto mamy 6,6% osób, które wyłącznie prawnie są do tej grupy zaliczeni oraz 2,6% tych, którzy są wyłącznie biologicznie w stopniu poważnym uznani za osoby z niepełnosprawnością. Osoby niepełnosprawne nieco częściej występowały w 2019 r. wśród mężczyzn i mieszkańców miast. Oczywiście wraz z kolejnymi starszymi grupami wiekowymi odsetek osób niepełnosprawnych wzrasta, dochodząc do ponad 50% w najstarszej grupie wieku – 80 lat lub więcej. Najczęściej deklarowanymi chorobami wśród osób niepełnosprawnych są uszkodzenia i choroby narządu ruchu – ponad 50%, a w drugiej kolejności – choroby układu krążenia – 40%. Porównanie tych, którzy są niepełnosprawni z osobami bez niepełnosprawności pokazuje, że w wielu obszarach występuje duża lub bardzo duża różnica, największa w odniesieniu do udziału w rynku pracy, na niekorzyść osób z niepełnosprawnością. Może warto zastanowić się, czy jako kraj nie dysponujemy instrumentami, które mogłyby tę różnicę co najmniej istotnie ograniczyć.

Bibliografia

- Główny Urząd Statystyczny. (2011). *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*
- Główny Urząd Statystyczny. (2016). *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*
- Główny Urząd Statystyczny. (2021). *Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r.*
- Główny Urząd Statystyczny / Obszary tematyczne / Zdrowie / Zdrowie / Zasoby kadrowe w wybranych zawodach medycznych na podstawie źródeł administracyjnych w latach 2019–2020.

Niepełnosprawność w kontekście koncepcji wsparcia społecznego

1. Wprowadzenie

O dojrzałości moralnej społeczeństwa świadczy stosunek do tych środowisk społecznych, które określa się jako najsłabsze, a więc takie, które z różnych powodów, znajdując się na obrzeżach życia społecznego, w niewielkim zakresie korzystają z pozytywnych przemian doświadczanych przez polskie społeczeństwo. Jedno z takich środowisk tworzą osoby niepełnosprawne. W ramach paradygmatu integracji społecznej ważne jest wielowymiarowe wsparcie społeczne takich osób, które ogranicza poczucie alienacji, sprzyja lepszemu zrozumieniu i określeniu swojego miejsca w sieci powiązań społecznych, wzmacnia poczucie bezpieczeństwa i pozwala na uczestnictwo w życiu społecznym.

Celem opracowania jest powiązanie zagadnień związanych z mechanizmami wsparcia społecznego (zarówno instytucjonalnego, jak i pozainstytucjonalnego) ze społeczną percepcją niepełnosprawności, przejawiającą się w postawach społecznych wobec osób niepełnosprawnych. Postawy wobec osób niepełnosprawnych są konsekwencją m.in. wiedzy, doświadczeń, przekazów międzygeneracyjnych, a osoby z różnymi rodzajami niepełnosprawności otrzymują wsparcie o różnym charakterze i zakresie. Interesuje nas kwestia oddziaływań między udzielanym/uzyskiwanym wsparciem społecznym a kształtowaniem się określonych postaw wobec niepełnosprawności. Przyjmujemy założenie, że mamy tu do czynienia z pewnym sprzężeniem zwrotnym – postawy wobec osób niepełnosprawnych są warunkowane uzyskiwanym przez nie wsparciem, ale także wsparcie społeczne dla osób niepełnosprawnych determinuje postawy społeczne. Opracowanie składa się z dwóch wyraź-

^a Prof. UZ, Instytut Socjologii, Uniwersytet Zielonogórski. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5892-4095>.

^b Prof. UZ, Instytut Socjologii, Uniwersytet Zielonogórski. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2708-2774>.

nie wyodrębnionych części – w teoretycznych ramach dotyczących kluczowych dla tematu zagadnień lokujemy wyniki ogólnopolskich badań empirycznych stanowiące ilustrację dla stawianych tez.

W tytule opracowania pojawiają się dwie ważne dla naszych rozważań kategorie, tj. **niepełnosprawność** i **wsparcie społeczne**. Pojęcia te mają stosunkowo szeroki i nieostry zakres pojęciowy (są wieloznaczne) i nastroczą wiele trudności definicyjnych i interpretacyjnych, dlatego konieczne jest krótkie wprowadzenie wyjaśniające przyjęte w naszym wystąpieniu.

2. Niepełnosprawność

Problematyka niepełnosprawności od lat zajmuje wiele miejsca w naukach społecznych i medycznych (psychologia, socjologia, pedagogika, nauki medyczne, nauki o zdrowiu, nauki prawne itd.). Niepełnosprawność towarzyszy człowiekowi od zawsze, chociaż definiowana i traktowana jest w różnicowany sposób (Kijak, Podgórska-Jachnik, Stec, 2020). Jest nieodzownie związana ze stanem zdrowia jednostki i może się pojawić na każdym etapie rozwoju człowieka – od poczęcia do naturalnej śmierci. Sytuacja i postrzeganie osób niepełnosprawnych są bardzo zróżnicowane. Problemy, wobec jakich stają osoby niepełnosprawne, zależą od wielu czynników związanych z ich ograniczeniami – różny jest charakter dysfunkcji, różne są ich przyczyny, różny jest czas powstawania (Kirenko, 2006). Z innymi problemami zmagają się osoba niewidoma, a z innymi poruszająca na wózku. Inaczej będzie wyglądało oswajanie niepełnosprawności od urodzenia, a inaczej, gdy zaistniała w dorosłym życiu. Niepełnosprawność sama w sobie nie jest zjawiskiem jednorodnym znaczeniowo. Pewną próbą systemowego uporządkowania definicji niepełnosprawności była – opracowana w 1980 r. przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) – Międzynarodowa Klasyfikacja Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń, która wyodrębniła trzy powiązane ze sobą i wzajemnie warunkujące się wymiary (medyczny/biologiczny, funkcjonalny, społeczny) w zależności od tego, czy dana niepełnosprawność jest rozumiana jako uszkodzenie narządów organizmu (*impairment*), czy jako niepełnosprawność biologiczna lub funkcjonalna organizmu (*disability*) (Wolska-Zogata, 2012). W 2000 r. Światowa Organizacja Zdrowia przedstawiła nową Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, w której zaprezentowała tzw. biopsychospołeczną koncepcję niepełnosprawności, w szczególny sposób podkreślającą jej (niepełnosprawności) wymiar społeczny. Zgodnie z intencją autorów wspomnianej koncepcji istotę niepełnosprawności stanowią jakościowe lub ilościowe odchylenie od normalnego poziomu funkcjonowania organizmu na wszystkich trzech poziomach lub przynajmniej na niektórych z nich: na poziomie biologicznym jest to zniesienie, ograniczenie lub przynajmniej zaburzenie funkcji organizmu w zależności od stopnia i zakresu uszkodzenia jego

organów lub układów; na poziomie jednostkowym (osobowym) ma ono postać załączenia aktywności i działania; z kolei na poziomie społecznym mamy do czynienia z ograniczeniem uczestnictwa w życiu społecznym (Majewski, 2002).

Niepełnosprawność rozpatrywać można w ujęciu medycznym, prawnym czy społecznym, a także jako dysfunkcję czasową lub trwałą, jednorodną bądź wieloraką. „W określeniu pojęcia i poziomu sprawności wyróżnia się sprawność umysłową, psychiczną i fizyczną. Oprócz stanu zdrowia, ogólnej sprawności organizmu (jego organów) doniosłą rolę w ujawnianiu się niedoborów czy dysfunkcji ludzkiego funkcjonowania odgrywiają społeczne warunki życia” (Dykcik, 2006). Sposób rozumienia niepełnosprawności pozostaje uniwersalny, niezależnie od kręgu kulturowego czy postępu naukowo-technicznego. Dlatego przyjmuje się, że na powodzenie integracji osób z niepełnosprawnością ze społeczeństwem mają decydujący wpływ zarówno uwarunkowania polityczne, legislacyjne, filozoficzne, etyczne, społeczne, psychologiczne, jak i materialne oraz techniczne (Przybylski, 2003).

Definicje niepełnosprawności wykorzystywane w naukach społecznych podkreślają aspekty związane ze społecznym funkcjonowaniem osób, których ona dotyczy. Antonina Ostrowska (2009) definiuje nieco szerzej to zjawisko: „niepełnosprawność w swej istocie jest zjawiskiem o komponentach medycznych i społecznych. Powodowana chorobami, urazami i różnego rodzaju dysfunkcjami ma przede wszystkim wymierne konsekwencje funkcjonalne i społeczne. Stanowi poważny problem społeczny na świecie także dlatego, że możliwości medycyny naprawczej i nakłady finansowe, jakich wymaga, nie nadążają za rosnącymi statystykami niepełnosprawności. Tym samym zwalczanie następstw niepełnosprawności, zapewnienie osobom niepełnosprawnym odpowiedniej jakości życia i możliwości funkcjonowania w społeczeństwie w coraz większym stopniu spoczywa na formalnych i nieformalnych agendach życia społecznego. Przyczynia się to do wzrostu zapotrzebowania na wiedzę socjologiczną i kompetencje socjologów” (Ostrowska, 2009). Definicja ta wskazuje kilka istotnych płaszczyzn w zajmowaniu się niepełnosprawnością jako zjawiskiem społecznym: 1) postrzeganiu jej jako choroby, 2) funkcjonowaniu społecznemu osób niepełnosprawnych, 3) kształtowaniu się postaw społecznych wobec różnych postaci niepełnosprawności, 4) kształtowaniu się polityki społecznej i opieki wobec osób niepełnosprawnych.

Kluczowym elementem społecznego modelu niepełnosprawności jest rozróżnienie między fizycznym upośledzeniem a niepełnosprawnością rozumianą jako rezultat opresyjnego traktowania przez otoczenie społeczne. W modelu medycznym niepełnosprawność jest traktowana jako biologicznie zdeterminowana wada. Ważnym aspektem w badaniach niepełnosprawności jako zjawiska społecznego jest poszukiwanie czynników warunkujących jej percepcję społeczną. Najważniejsze w tym obszarze wydają się: wiedza związana z leczeniem, usprawnianiem i opieką niepełno-

sprawnych osób, a także częstość kontaktów i sprawowanie opieki. Z czynnikami tymi łączy się wyrobienie poglądu na niepełnosprawność, zrozumienie problemów osób niepełnosprawnych, a nie wykorzystywanie istniejących negatywnych stereotypów. Kontakt z osobami niepełnosprawnymi powoduje, że to co było dawniej nieznanne i budziło obawy, zostaje teraz wpisane w naszą „mapę poznawczą rzeczywistości”. Istnieją też wewnętrzne uwarunkowania.

W najprostszym ujęciu niepełnosprawny to osoba o niepełnej sprawności: jednego lub kilku zmysłów (np. wzroku, słuchu), fizycznej (np. narządu ruchu) lub intelektualnej (np. zespół Downa). Struktura ta rozrasta się do bardziej skomplikowanej, gdy uświadomimy sobie, że w przypadku każdej z trzech wymienionych grup istnieje konieczność wzięcia pod uwagę różnorodnych, bliżej określających członków danej społeczności, czynników. Są wśród nich, poza wcześniej wymienionymi (takimi, jak ogólne i szczegółowe definicje tworzone na użytek różnych dyscyplin, trwałość bądź okresowość niepełnej sprawności czy jeden z trzech aspektów ujmujących niepełnosprawność człowieka), m.in.: czas wystąpienia niepełnosprawności (zarówno wiek metrykalny jednostki, jak i realia, w jakich żyje), jej stopień, jednorodność lub wielorakość oraz język, jakim jest opisywana.

Jeśli przyjrzymy się kolejom życia ludzkiego, dostrzeżemy, że tak naprawdę wielu z nas doświadcza niepełnosprawności, tyle tylko, że u niektórych osób przejawia się ona w różny sposób i w różnym stopniu na wszystkich etapach życia. Mimo to świat jest urządzony przez i dla ludzi pełnosprawnych. Ludzi, którzy najczęściej czują się skrępowani kontaktem z osobami z ograniczoną sprawnością (Bieganowska, 2005). Człowiek niepełnosprawny – ponieważ odbiega wyglądem i sposobem funkcjonowania od norm i standardów przyjętych w społeczności, dla której wzorem jest jednostka zdrowa, samodzielna, odnosząca spektakularne sukcesy – wywołuje odruch lęku i odrzucenia. Najbardziej negatywne reakcje wyzwalają w otoczeniu społecznym chorzy psychicznie i upośledzeni umysłowo (por. Minczakiewicz, 1997; Sękowski, 1999, 2002). Osoby niepełnosprawne intelektualnie bardzo często narażone są na izolację, a otoczenie oczekuje od nich zachowań odbiegających od normy. Powszeczne jest również zaniżanie ich możliwości rozwojowych przy jednoczesnym eksponowaniu ograniczeń. Mała świadomość skutków społecznej degradacji upośledzonych umysłowo prowadzi do blokowania stymulacji środowiskowej, przez co nie mają oni możliwości prowadzenia samodzielnego i aktywnego życia.

3. Wsparcie społeczne

Problematyka wsparcia społecznego pojawiła się w dyskursie naukowym w Europie i na świecie w latach 70. ubiegłego wieku (por. Tyszka, 1999; Kalinowski, 2005). W zależności od tego przez jaką soczewkę poznawczą będziemy myśleć o wsparciu, to definicje podkreślają inny aspekt pomocy udzielanej niepełnosprawnym. W nur-

cie socjologicznym podkreśla się aspekty związane z mobilizowaniem zasobów, aby osoby niepełnosprawne mogły sobie radzić z codziennością (Krawczyńska-Burtym, 1998). W psychologii wsparcie społeczne traktowane jest jako interakcja polegająca na wymianie dóbr (materialnych i niematerialnych). Skuteczność tej społecznej wymiany determinowana jest rodzajem udzielanego wsparcia i potrzebami odbiorcy wsparcia. W tym nurcie podkreśla się także relacje pomiędzy nastawieniem emocjonalnym osoby potrzebującej wsparcia a siecią jej powiązań społecznych (Jaworowska-Obój, Skuza, 1986). Pedagodzy, analizując zagadnienia wsparcia, koncentrują się na pomocy dostępnej w sytuacjach trudnych, stresowych, przełomowych, które nie są możliwe do rozwiązania bez udziału innych osób (Kawula, 1996). Uogólniając więc, na potrzeby niniejszego opracowania wsparcie społeczne traktujemy jako pomoc osobom niepełnosprawnym i ich rodzinom w celu mobilizowania ich sił i zasobów, aby mogli i chcieli radzić sobie z własnymi problemami. W koncepcji wsparcia społecznego największe znaczenie mają liczba wspierających, zasoby możliwe do wykorzystania oraz zasięg udzielanego wsparcia.

Wsparcie społeczne realizuje szereg funkcji. Można uznać, że jest to szereg działań stwarzających osobom zagrożonym ubóstwem i wykluczeniem społecznym, a takimi jest większość osób niepełnosprawnych, możliwość uzyskania szans i zasobów potrzebnych do pełnego uczestnictwa w życiu ekonomicznym, społecznym i kulturalnym oraz uzyskania poziomu życia i dobrostanu traktowanych jako normalne w danym społeczeństwie. Ważnym ogniwem wsparcia osób niepełnosprawnych jest pomoc materialna, zarówno ta w wymiarze finansowym jak i rzeczowym. Pojawienie się pierwszych stałych zasiłków pieniężnych, rent inwalidzkich i rekompensat za utraconą sprawność nastąpiło dopiero w czasach nowożytnych i wtedy pomoc kierowana do osób niepełnosprawnych miała głównie charakter rzeczowy – polegała na zaspokajaniu potrzeb materialnych i życiowych. W takim wymiarze realizowane jest wsparcie do dziś. Wsparcie to polega na udzielaniu pomocy np.: finansowej w formie darowizny lub pożyczki, wynajęciu lub pożyczeniu potrzebnego sprzętu, udostępnieniu samochodu, mieszkania lub innego potrzebnego lokalu, kupna lekarstw, żywności opału na zimę, itd. Nie bez znaczenia jest także emocjonalna funkcja wsparcia społecznego. W sytuacjach trudnych czy konfliktowych ważne jest regulowanie emocji. Wsparcie emocjonalne polega na przekazywaniu różnych uczuć, które mają na celu uświadomienie pozytywnego stosunku do osoby wspieranej, a następnie podtrzymywanie na duchu, uspokajanie czy okazywanie zainteresowania i troski. W zależności od treści udzielanego wsparcia, wyróżnia się także wsparcie informacyjne, instrumentalne czy duchowe. Wsparcie informacyjne polega na przekazywaniu informacji, które wyjaśniają sytuację i problemy osoby wspieranej. Wsparcie instrumentalne polega na udzielaniu różnego rodzaju wskazówek, jak osoba wspierana mogłaby lub powinna postępować i zachować się w danej sytuacji problemowej

(Sęk, Cieślak, 2004). W praktyce nie ma możliwości oddzielenia różnych rodzajów wsparcia społecznego, bo są one realizowane równolegle.

Wsparcie społeczne może być realizowane w różny sposób. Można o nim mówić w powiązaniu z dostępną dla danej osoby czy grupy siecią społeczną. Część z nich, wynikająca z powiązań rodzinnych czy towarzyskich, traktowana jest jako sieć pierwotnego wsparcia. W grupach społecznych pierwotnych ukształtowana jest osobista więź między członkami, a kontakty nie mają wyspecjalizowanego charakteru. Najczęściej źródłem wsparcia dla osób niepełnosprawnych są członkowie najbliższej rodziny, przyjaciele i inne osoby, które są związane emocjonalnie z chorym. To w tych grupach zachodzi także pierwszy etap socjalizacji do roli osoby niepełnosprawnej.

Można też nakreślić sieć instytucjonalną i pozainstytucjonalną wsparcia rozumianą jako wsparcie o charakterze wtórnym. Ma ona dość zróżnicowany charakter. Sieć wsparcia mogą tworzyć instytucje rządowe i pozarządowe, ze szczególną rolą placówek opieki zdrowotnej, które zabezpieczają warunki opieki, życia i rozwoju. Wsparcie może mieć także postać specjalnych programów pomocy chorym i ich rodzinom, hospicja itp. Ważną część sieci tworzą grupy samopomocy, fundacje, stowarzyszenia osób chorych, ich rodzin oraz wolontariusze. Ponadto sieć wsparcia jest często oparta na działaniach podejmowanych przez organizacje pozarządowe. Jest ich w Polsce wiele i można wśród nich wskazać te, których działalność jest ukierunkowana na opiekę nad osobami wykluczonymi, ale także organizacje wyznaniowe czy tworzone *ad hoc*. W procesie realizowania wsparcia osobom niepełnosprawnym (i kształtowania postaw społecznych) istotna jest także rola mediów. Wpływ mediów dostrzegalny jest poprzez podkreślanie roli państwa, władz lokalnych oraz całego społeczeństwa w niesieniu pomocy osobom niepełnosprawnym, naświetlanie problemów i potrzeb osób z niepełnosprawnościami oraz promocję pozytywnych postaw i przykładów.

Ocena skuteczności uzyskanego wsparcia jest zależna od stopnia adekwatności wsparcia osoby wspierającej z istniejącymi oczekiwaniami i potrzebami osoby, która ma być wspierana. Wsparcie musi być dopasowane pod względem rodzaju i wielkości do potrzeb osoby wspieranej. Jest jednak szereg barier, wskazywanych zresztą przez samych zainteresowanych w badaniach realizowanych w 2018 r. przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON, 2017). Do najbardziej poważnych ograniczeń w uzyskiwaniu wsparcia przez osoby niepełnosprawne zaliczyć można fragmentaryzację odpowiedzialności w związku z sektorowym podziałem odpowiedzialności pomiędzy różne instytucje, już na poziomie rządowym i związany z tym brak zintegrowanego centrum decyzyjnego i koordynacyjnego dla uzyskiwanej pomocy. Przekładać się to może na rozproszenie odpowiedzialności i skuteczne powiązanie osoby potrzebującej wsparcia z podmiotem, który chce jej udzielić.

W sytuacji współistnienia rozbudowanej sieci pomocowej problematyczne jest także ograniczone występowanie mechanizmów łącznikowych pomiędzy różnymi etapami wsparcia i instytucjami różnych sektorów na ścieżce danej osoby i związany z tym niedostatek wymiany informacji już na poziomie instytucjonalnym. Osoby niepełnosprawne podkreślają także brak systemowej pomocy dla rodzin osób chorych, chociaż problemem jest także brak indywidualizacji i kompleksowości wsparcia. Skuteczne wsparcie jest ograniczone także poprzez nieadekwatność wsparcia do rzeczywistych potrzeb (m.in. forma lub wysokość pomocy) i zbyt rozbudowane procedury biurokratyczne.

4. Postawy wobec osób niepełnosprawnych

Niepełnosprawność jest wpisana w funkcjonowanie ogółu społeczeństwa. Skuteczne przejście od izolacji do integracji osób wykluczonych wymaga zmian psychospołecznych. Zmiany te dotyczą zarówno systemu norm, wartości, ocen na poziomie całego społeczeństwa, jak i poszczególnych jego członków. Poza wprowadzeniem odpowiednich regulacji prawnych zmiany są wypadkową postaw społecznych w codziennych kontaktach na poziomie emocjonalnym i to zarówno osób niepełnosprawnych, jak i pełnosprawnych. Postawy społeczne traktujemy zgodnie z koncepcją Stefana Nowaka, uznając je za ogół względnie trwałych dyspozycji do zachowania się wobec przedmiotu postawy (Nowak, 1973). W taki sposób definiowana postawa podkreśla skłonności człowieka do zachowania się w określony sposób wobec obiektów postaw (tu osób niepełnosprawnych), jak również odnosi się do specyficznej ich oceny. Ta definicja wpisuje się w ramy tzw. podejścia strukturalistycznego (Marody, 1976), które traktuje postawę jako złożoną strukturę, w skład której wchodzi trzy komponenty: element poznawczy (wiedza i przekonania wobec przedmiotu postawy), emocjonalny (uczuciowo-motywacyjny, afektywny – uczucia w stosunku do przedmiotu postawy) i motywacyjny albo działaniowy (behawioralny – zachowania intencjonalne lub zachowania realne wobec przedmiotu postawy).

Kształtowanie pożądanych postaw wobec osób niepełnosprawnych ma uniwersalny charakter (Zasępa, Czabała, Starzomska, 2005). Historycznie, począwszy od wspólnot plemiennych, aż do dziś można wskazać trzy dominujące okresy charakteryzujące postawy i stosunek społeczeństw wobec osób niepełnosprawnych: I) okres wrogości; II) okres litości i strachu przed osobami niepełnosprawnymi wraz z działalnością charytatywną; III) okres szczegółowych badań i prób integracji oraz inkluzy społecznej (Lipkowski, 1981). Było to warunkowane potrzebami społecznymi związanymi z budową silnego państwa oraz wartościami kulturowymi. W Polsce zmiany przyniósł okres transformacji ustrojowej i związanej z nią regulacji prawnych dotyczących funkcjonowania społecznego osób z niepełnosprawnościami. W tym czasie zaczęły powstawać organizacje zrzeszające osoby niepełnosprawne i ich opie-

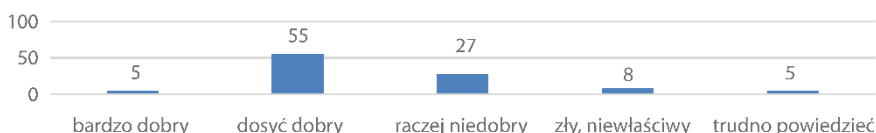
kunów, co naturalnie przełożyło się na dostrzeganie problemów osób niepełnosprawnych.

Wskazać można dwie skrajne postawy wobec osób z niepełnosprawnościami – pozytywną i negatywną. Postawa pozytywna (akceptująca) charakteryzuje się życzliwością, sympatią, uznaniem, szacunkiem i empatią. Pojawia się wówczas, gdy znika lub zmniejsza się obciążenie związane z nawiązaniem kontaktu z osobą niepełnosprawną oraz kiedy kontakt z nią nabiera dla danej osoby większej wartości. Z kolei postawa negatywna (odrzucająca) to przyjmowanie strategii dezaprobaty, unikania, ganienia, zaniedbywania i szkodzenia. Pomiędzy tymi typami można wskazać szereg postaw mieszanych.

Postawy są kreowane w zależności od ekspozycji na określony typ czynników. Badania wtórne, realizowane na podstawie opublikowanych projektów ilościowych dotyczących niepełnosprawności, pozwalają wskazać, że trzy kategorie czynników są powiązane z postawami społecznymi, które dotyczą osób niepełnosprawnych. (1) Im więcej ludzie wiedzą o niepełnosprawności, tym większe prawdopodobieństwo, że będą mieli pozytywne nastawienie do tych osób. (2) Częstotliwość i jakość kontaktu z osobami niepełnosprawnymi okazały się również mieć wpływ na postawy. (3) Rodzaj niepełnosprawności jest również ściśle skorelowany ze stosunkiem społeczeństwa do niepełnosprawności (Wang, Xu, Han, 2021). Komponenty postaw poznawczy i afektywny są kształtowane także przez funkcjonujące stereotypy i uprzedzenia wobec niepełnosprawności w ogóle, ale także wobec osób niepełnosprawnych. Ważnymi czynnikami sprzyjającymi kształtowaniu postaw są cechy osobowościowe oraz czynniki kulturowe (spośród których warto wskazać m.in. kult sprawności czy transmisję kulturową).

Postawy wobec wielu ważnych problemów społecznych monitoruje m.in. Centrum Badania Opinii Publicznej. W badaniu poświęconym niepełnosprawnym ponad połowa badanych uważa, że większość ludzi w naszym kraju ma dobry stosunek do osób niepełnosprawnych (60%), co trzeci jest przeciwnego zdania (35%), a jedynie nieliczni nie mają wyrobionej opinii na ten temat (5%) (wykr. 1). Porównując wyniki, tegoroczne z tymi sprzed dziesięciu lat, można mówić o poprawie nastawienia społeczeństwa wobec osób niepełnosprawnych (CBOS, 2017).

Wykr. 1. Stosunek większości Polaków wobec osób niepełnosprawnych w %



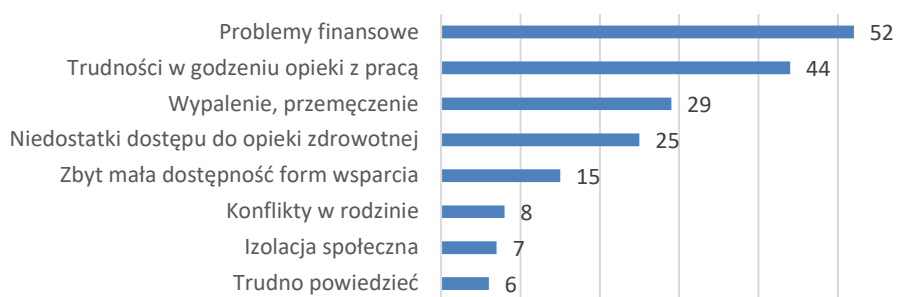
Źródło: CBOS (2017).

W 2018 r. (CBOS, 2018), gdy po raz ostatni prowadzono badania dotyczące postrzegania niepełnosprawności, opublikowano dane informujące o tym, że osoby niepełnosprawne są postrzegane jako takie, które napotykają w życiu społecznym większe niż inni trudności i ograniczenia (87%). Niemalże połowa badanych Polaków uważa, że niepełnosprawni są kategorią osób, która najbardziej wymaga pomocy (44%) i ma największe problemy oraz utrudnienia w społeczeństwie (43%). Nie wiele mniejszy odsetek osób (34%) deklaruował, że czuje się gorzej traktowany niż inni ze względu na swoją niepełnosprawność. Ponadto z badania wynika, że chorzy psychicznie postrzegani są mniej życzliwie niż osoby dotknięte niepełnosprawnością fizyczną i upośledzone umysłowo (kategoria „niezawinionego nieszczęścia”).

Wśród najczęściej wymienianych problemów, jakie dotyczą osoby niepełnosprawne, blisko połowa badanych wskazuje problemy finansowe (48%), a co trzeci (33%) niewystarczający dostęp do opieki zdrowotnej i rehabilitacji. Więcej niż co czwarty ankietowany do najczęściej występujących problemów, z jakimi mierzą się osoby niepełnosprawne, zalicza brak pracy (23%) oraz bariery architektoniczne (22%), a co piąty – izolację społeczną, ograniczenie kontaktów (20%) oraz brak akceptacji i nietolerancję (20%) (CBOS, 2017).

Zdaniem badanych także dla rodzin osób niepełnosprawnych problemy finansowe są głównym wyzwaniem – wskazuje na to 52% badanych (wykr. 2). W drugiej kolejności wymieniono trudności w pogodzeniu pracy zarobkowej z opieką nad niepełnosprawnym członkiem rodziny (44%). Relatywnie często wśród trudności rodzin osób niepełnosprawnych wymieniane były: wypalenie, przemęczenie, brak sił (29%) oraz niewystarczający dostęp do opieki zdrowotnej i rehabilitacji (25%).

Wykr. 2. Problemy, z jakimi najczęściej borykają się niepełnosprawni w %



Źródło: CBOS (2017).

Analizując wyniki badania CBOS (2018), można uznać, że 94% osób niepełnosprawnych wymaga lub oczekuje pomocy. Polacy w większości są przekonani, że niesieniem pomocy osobom, które nie są w stanie samodzielnie poradzić sobie ze

swoimi problemami, powinny zajmować się władze – lokalne (77%) lub centralne (69%). Znacząca część badanych jako podmioty odpowiedzialne wskazuje także rodzinę (44%), fundacje i stowarzyszenia (39%) oraz Kościół (28%).

Deklaracje samych osób niepełnosprawnych jednoznacznie wskazują, że pomoc ogranicza się do źródeł pierwotnych – przeważającej większości z nich (90%) pomaga najbliższa rodzina. Co ósmemu pomagają przyjaciele, znajomi (12%), co dwunastemu – pomoc społeczna (8%), zbliżony odsetek może liczyć na wsparcie sąsiadów (7%). Zaledwie 6% osób niepełnosprawnych zadeklarowało, że w ogóle nie potrzebuje pomocy.

Polacy zapytani o to, kto w ich opinii powinien takiego wsparcia osobom niepełnosprawnym udzielać, pierwszeństwo przypisują agendum pomocy społecznej (73%). W niemalże połowie wskazań badanych pojawiają się organizacje pozarządowe (45%), a co trzeci badany wskazuje na wolontariat (33%). Dalszą rodzinę wskazuje 27% badanych. Te wyniki można interpretować jako wyraźne niedostatki rozwiązań instytucjonalnych i systemowych.

Porównując sytuację postrzeganą i postulowaną można zauważyć, że – według badanych – niektóre osoby i instytucje są za mało, a inne za bardzo zaangażowane w niesienie pomocy innym. Podmioty instytucjonalne: przede wszystkim władze centralne, ale także samorządy, fundacje i stowarzyszenia czy organizacje charytatywne częściej wskazywane są jako ci, którzy powinni pomagać niż jako rzeczywiście pomagający. Odwrotną sytuację obserwujemy w przypadku rodziny i innych osób należących do otoczenia społecznego tych, którzy nie są w stanie poradzić sobie samodzielnie.

Deklaracje badanych Polaków (CBOS, 2017) informują także o tym, że 73% z nich pomaga, choć *de facto* inne pomiary mówią o poziomie wsparcia niepełnosprawnych na poziomie 5%. Częściej deklaracje pomocy składają: mieszkańcy małych miast (do 20 tys. mieszkańców), osoby w wieku poniżej 65. roku życia, absolwenci wyższych uczelni, zadowoleni z warunków materialnych i osoby bardziej religijne.

5. Podsumowanie

Kryteria określające pojęcie niepełnosprawności są zależne od treści i znaczeń, jakie przypisane są przez społeczeństwo fizycznym i intelektualnym dysfunkcjom ludzi. Niepełnosprawność stała się naturalną częścią kondycji człowieka w różnych obszarach i w skali globalnej, także ze względu na starzenie się populacji i inne zmiany demograficzne dotykające społeczeństwo. Ważnym wyzwaniem staje się więc wypracowanie i wdrażanie odpowiednich (i aktualizowanych ze względu na dynamikę uwarunkowań) strategii włączania i wspierania osób niepełnosprawnych. Są one konsekwencją dominujących w społeczeństwie postaw społecznych.

Postawy społeczne wobec osób z niepełnosprawnościami mogą być bardzo zróżnicowane. Skrajne typy to postawy pozytywne i negatywne. Można jednak wskazać szereg postaw o charakterze pośrednim. Charakter postaw jest wypadkową oddziaływania wielu zróżnicowanych czynników, w tym szczególnie znaczenie mają te o charakterze legislacyjnym, kulturowym i cywilizacyjnym. Postawy powstają w wyniku procesu uczenia się poprzez społeczne i środowiskowe doświadczenia oraz niwelowanie stereotypów. W polskim społeczeństwie można mówić o postawach pozytywnych wobec osób niepełnosprawnych, ale wciąż występują znaczące nierówności pomiędzy deklaracjami a zachowaniami społecznymi. Postrzegane jako niedość skuteczne są także rozwiązania w zakresie pomocy niepełnosprawnym. Postawy społeczne wobec niepełnosprawnych są sprzężone zwrotnie z mechanizmami wsparcia społecznego. Wsparcie społeczne realizowane jest przez „znaczących innych”, którzy, oferując konkretną pomoc i zgłaszając gotowość do współdziałania, mobilizują ich siły, potencjał i zasoby – zaspokajają potrzeby niepełnosprawnych. Bez względu na to, jak bardzo szeroka jest sieć kontaktów społecznych oraz bogata gama osób znaczących, można twierdzić, że najważniejszą rolę w sieci wsparcia społecznego i zawodowego badanych osób niepełnosprawnych pełni najbliższa rodzina. Jednak bez pomocy z zewnątrz członkowie rodzin osób niepełnosprawnych mają ograniczone możliwości działania. Źródła, z których powinna płynąć pomoc i opieka dla osób niepełnosprawnych i ich rodzin, powinny być racjonalnie i skutecznie powiązane.

Modyfikacja postaw jest jednak możliwa – badania ilustrują, że manipulując poznawczym komponentem postawy (przez przekaz wiedzy na temat osób niepełnosprawnych) wpływa się na komponent emocjonalny (najważniejszy komponent postawy), zmieniając ich kierunek. Stąd można wnioskować o znaczącej roli edukacji w zakresie niepełnosprawności.

Osobom z niepełnosprawnościami nie poświęcano tyle zainteresowania w przestrzeni publicznej, co obecnie. Wiąże się to z jednej strony z powiększającym się dysonansem między oczekiwaniami i aspiracjami osób z niepełnosprawnościami wywołanym przez Konwencję ONZ o prawach osób niepełnosprawnych. Z drugiej strony wpływ na to ma praktyka życia codziennego. Środowisko osób z niepełnosprawnościami zaczęło się domagać traktowania na równi z osobami pełnosprawnymi i szybszego wdrażania postanowień konwencyjnych w życie, za czym wydają się nie nadążać zmiany w świadomości społecznej, w tym poglądy grup polityków, jak i też polityka publiczna. Silne tendencje do kreowania pozytywnego wizerunku osób z niepełnosprawnością pojawiają się w ramach ruchów włączających, propagujących równość społeczną i poszanowanie godności każdego człowieka. Wystąpienie sytuacji kryzysowej, jaką z pewnością jest pandemia COVID-19, przełożyło się na zmianę dotychczasowych schematów działań (Kaczmarek-Śliwińska, 2019). Pande-

mia obnażyła słabości systemu wsparcia osób niepełnosprawnych, pogłębiła społeczne nierówności i spotęgowała problemy grup i tak już dyskryminowanych czy wykluczanych (Armitage, Nelums, 2020; Kocejko, Bakalarczyk, Kubicki, 2021).

Bibliografia

- Armitage, R., Nelums, L. (2020). The COVID-19 response must be disability inclusive. *The Lancet Public Health*, 5(5), 257. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30076-1](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30076-1).
- Bieganowska, A. (2005). Model niepełnosprawności w mediach a postawy wobec osób niepełnosprawnych. *Szkoła Specjalna*, (5), 362–371.
- Centrum Badania Opinii Społecznej. (2017). *Niepełnosprawni wśród nas*. Komunikat z badań 169/2017.
- Centrum Badania Opinii Społecznych. (2018). *Komu żyje się najtrudniej?* Komunikat z badań 106/2018.
- Dykciak, W. (2006). Wprowadzenie w przedmiot pedagogiki specjalnej jako nauki. W: W. Dykciak (red.). *Pedagogika specjalna*. Wydawnictwo Uniwersytetu Adama Mickiewicza w Poznaniu.
- Jaworowska-Obój, Z., Skuza, B. (1986). Pojęcie wsparcia społecznego i jego funkcje w badaniach naukowych. *Przegląd Psychologiczny*, 3.
- Kalinowski, M. (2005). Przedmowa. W: M. Kalinowski (red.). *Wzrastanie człowieka w godności, miłości i miłosierdziu*. Wydawnictwo Katolicki Uniwersytet Lubelski.
- Kawula, S. (1996). Wsparcie społeczne – kluczowy wymiar pedagogiki społecznej. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, 1, 12–16.
- Kijak, R., Podgórska-Jachnik, D., Stec, K. (2020). *Niepełnosprawność. Wyzwania. Praca Socjalna*. Wydawnictwo Difin.
- Kirenko, J. (2006). *Oblicza niepełnosprawności*. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Społeczno-Przyrodniczej.
- Kocejko, M., Bakalarczyk, R., Kubicki, P. (2021). Wpływ pandemii koronawirusa na politykę wobec niepełnosprawności i starości. W: A. Zybala, K. Księżopolski, A. Bartosiewicz (red). *Polska... Unia Europejska... Świat w pandemii COVID-19*. Wybrane zagadnienia. Dom Wydawniczy Elipsa.
- Krawczyńska-Burtym, Z. (1998). *Niepełnosprawność – specyfika pomocy społecznej*. Wydawnictwo Śląsk.
- Lipkowski, O. (1981). *Pedagogika specjalna*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Majewski, T. (2002). *Podstawy rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych*. Akademia Pedagogiki Specjalnej.
- Marody, M. (1976). *Sens teoretyczny a sens empiryczny pojęcia postawy*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Minczakiewicz, E. (1997). Dzieci niepełnosprawne umysłowo w percepcji ich pełnosprawnych rówieśników. *Roczniki Pedagogiki Specjalnej*, 8, 393–405.
- Nowak, S. (1973). Pojęcie postawy w teoriach i stosowanych badaniach społecznych. W: S. Nowak (red.). *Teorie postaw*. Wydawnictwo PWN

- Oficjalna strona internetowa Światowej Organizacji Zdrowia. <http://www.who.int/en/>. Dostęp: 10.05.2022.
- Ostrowska, A. (2009). Niepełnosprawność, rehabilitacja i integracja społeczna osób niepełnosprawnych. W: A. Ostrowska (red.). *Socjologia medycyny: podejmowane problemy, kategorie analizy*. Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk.
- Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. (2017). *Raport końcowy z badania potrzeb osób niepełnosprawnych*. https://www.pfron.org.pl/fileadmin/Badania_i_analizy/Badanie_potrzeb_ON/Raport_koncowy_badanie_potrzeb_ON.pdf?utm_campaign=pfron&utm_source=df&utm_medium=download. Dostęp: 10.05.2022.
- Przybylski, S. (2003). Refleksje nad barierami występującymi przy wdrażaniu integracji osób niepełnosprawnych w Polsce. W: Z. Kazanowski, D. Osik-Chudowska (red.). *Integracja osób niepełnosprawnych w edukacji i interakcjach społecznych*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie Skłodowskiej.
- Sęk, H., Cieślak, R. (2004). Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sękowski, A. (1999). Postawy wobec osób niepełnosprawnych. *Psychologia Wychowawcza*, 3, 237–246.
- Sękowski, A. (2002). W kierunku typologii uwarunkowań postaw wobec osób niepełnosprawnych. *Roczniki Psychologiczne*, 5, 129–144.
- Skura, M. (2016). Niepełnosprawność jako inność. Filozoficzne implikacje społecznych relacji osób z niepełnosprawnością. *Niepełnosprawność i Rehabilitacja*, 4.
- Tyszka, Z. (1999). Ku społeczeństwu postindustrialnemu. Kondycja rodziny polskiej w dobie przyspieszonych przemian. *Rocznik Pedagogiki Rodziny*, 2, 31–39.
- Wang, Z., Xu, X., Han, Q. i in. (2021). *Factors associated with public attitudes towards persons with disabilities: a systematic review*. *BMC Public Health* 21, 1058. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11139-3>.
- Wolska-Zogata, I. (2012). Postawy społeczne wobec osób niepełnosprawnych – przegląd badań. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia*, 1(4), 69–92.
- Zasępa, E., Czabała, Cz., Starzomska, M. (2005). Postawy wobec niepełnosprawności i osób niepełnosprawnych, *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo*.

Akademia równych szans – wyrównywanie szans osób z niepełnosprawnościami w dostępie do kształcenia i badań naukowych

1. Wprowadzenie

W naszym kraju nadal znacznie częściej w definiowaniu niepełnosprawności posługujemy się modelem medycznym niż modelem społecznym. Teorie społeczne dotyczące ustaleń medycyny odnośnie niepełnosprawnych określały osoby z fizycznymi, sensorycznymi i poznawczymi zaburzeniami jako osoby „wybrakowane” (niezdolne do pełnienia ważnych ról i funkcji społecznych) (Barnes, Mercer, 2008). Osoba z niepełnosprawnością jest zależna od ludzi „społecznie produktywnych” (zdrowych fizycznie). To negatywne spojrzenie powoduje, że niepełnosprawność jest odbierana jako „tragedia osobista”, jako problem przede wszystkim na poziomie jednostkowym (psychosomatycznym), a także sprowadzana jest do indywidualnego ograniczenia sprawności (lub innych „defektów”), a wiedza i praktyka medyczna ustala metody leczenia (Barnes, Mercer, 2008).

Odejście od tego dominującego poglądu dotyczącego niepełnosprawności jako „tragedii osobistej” następowało powoli. Badania nad niepełnosprawnością zawdzięczają swój rozwój przede wszystkim pionierskim studiom niepełnosprawnych aktywistów i narastającemu upolitycznieniu problemów osób z niepełnosprawnościami na całym świecie. Zmiany zachodzące w Polsce na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat, zwłaszcza w postrzeganiu osób z niepełnosprawnościami, nasuwają nadal wiele pytań o ich miejsce w przestrzeni społecznej. Życie ludzkie związane jest z szeroko rozumianym funkcjonowaniem społecznym. To, w jaki sposób osoby z niepełnosprawnościami uczestniczą w życiu społecznym, uzależnione jest od wielu różnych aspektów. Z pewnością jedną z nieocenionych korzyści i szansą na równoprawne

^a Akademia im. Jakuba z Paradyża, Gorzów Wielkopolski. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5709-9732>.

funkcjonowanie w społeczeństwie są studia wyższe i ich pełna dostępność dla osób z różnym rodzajem i stopniem niepełnosprawności.

Zainteresowanie jakością i efektywnością kształcenia na poziomie wyższym jest obecne w kręgu osób odpowiedzialnych za oświatę, jak i wśród bezpośrednich „użytkowników”, jakimi są zarówno studenci, jak i pracownicy uczelni. Okres systemowo-ustrojowego przełomu w Polsce zaowocował wieloma nowymi możliwościami, ale także odkrył słabości podejmowanych (bądź zaniechanych) działań. Niewątpliwie ważnym elementem zmian jakie nastąpiły jest powszechny dostęp do edukacji na poziomie wyższym osób z różnym rodzajem niepełnosprawności. Studenci z niepełnosprawnością na uczelni stanowią nie tylko ilościowe, ale i jakościowe bogactwo tejże instytucji oświatowej. Ich obecność jest w pewnym sensie znakiem przełamywania barier w dostępie do kształcenia. Obecność osób z niepełnosprawnością na uczelni wiąże się także z pewnym obiektywnym wyzwaniem. To wyzwanie nie może być jednak rozumiane jako kłopot, który należy wyeliminować, zmarginalizować czy też „przymknąć oko” na jego obecność. Wyzwanie przed jakim stoi uczelnia wywołuje potrzebę zaangażowania, a więc w konsekwencji aktywności i uruchomienia pozytywnych pokładów nowej energii, która nie zostałaby uwolniona, gdyby nie pojawiła się ta nowa konkretna potrzeba.

W ramach misji i strategii rozwoju uczelnie wyższe powinny wziąć pod uwagę różne elementy budowania środowiska w pełni dostępnego dla potrzeb osób ze specjalnymi potrzebami. Do takich działań zobowiązana jest każda publiczna uczelnia dzięki przepisom Ustawy o szkolnictwie wyższym i nauce, które nakazują każdemu środowisku akademickiemu wsparcie procesu rekrutacji, kształcenia oraz działalności naukowej osób z niepełnosprawnością (Ustawa o szkolnictwie wyższym i nauce, Dz. U. z 2022 r. poz. 574). Ponadto, poza już obowiązującymi przepisami obligującymi nasze państwo do wyrównywania szans i niedyskryminowania osób z niepełnosprawnościami, od roku 2019 obowiązuje w Polsce ustawa o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami. Jest to ważny dokument nakładający na instytucje pożytku publicznego (w tym uczelnie) wymogi zapewnienia dostępności w obszarze architektonicznym, cyfrowym oraz informacyjno-komunikacyjnym (Ustawa o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, Dz. U. z 2020 r. poz. 1062).

Wiele uczelni dokonało w ostatnich latach ogromnego postępu w eliminowaniu barier architektonicznych, komunikacyjnych oraz społecznych (psychicznych), co przyczyniło się do budowania idei edukacji włączającej i zwiększania dostępności kształcenia na poziomie wyższym dla osób z różnym rodzajem i stopniem niepełnosprawności. Sytuacja osób z zaburzeniami psychicznymi jest trudniejsza i bardziej złożona od sytuacji osób z innymi typami niepełnosprawności. Postrzeganie ich przez pryzmat funkcjonujących w społeczeństwie negatywnych stereotypów opisują-

cych chorobę, jak i samą osobę chorującą psychicznie, powoduje wiele często nieodwracalnych konsekwencji. Wsparcie studentów z zaburzeniami psychicznymi, ale także tych doświadczających kryzysów zdrowia psychicznego jest ważnym wyzwaniem, przed jakim stoją dziś uczelnie wyższe w Polsce.

2. Wyrównywanie szans osób z niepełnosprawnościami w dostępie do kształcenia

Bariery najczęściej kojarzą się z ograniczeniem, utrudnieniem i zahamowaniem, natomiast ich przełamywanie z otwartą przestrzenią, wolnością, nowymi możliwościami i optymizmem. To, że istnienie barier jest sprawą zwyczajną – powiedzieć by można – normalną, nie oznacza, że trzeba się godzić na ich powszechność istnienia. Innymi słowy, bariery są po to, aby je przełamywać, pokonywać i otwierać.

Niezwykle optymistyczne jest to, że zdziwienie, czasem zażenowanie czy zakłopotanie, jakie często wywoływała obecność osoby z niepełnosprawnością w kontekście „normalności”, jest zjawiskiem coraz rzadszym. Z pewnością jest to wynik wielu wartościowych i dobrze sformułowanych komunikatów społecznych, jakie do nas docierają w zakresie niepełnosprawności. Liczne kampanie na rzecz waloryzacji i aktywizacji osób z niepełnosprawnościami, bogata literatura w tym zakresie uczyniły z tematu tabu temat „zwyczajności”. Choć ta „zwyczajność” nadal jest nieco trudna, kłopotliwa i czasem niezrozumiała, to jest z pewnością lepiej niż było.

Wiele uczelni dokonało w ostatnich latach ogromnego postępu w eliminowaniu barier architektonicznych, komunikacyjnych oraz społecznych (psychicznych), co przyczyniło się do budowania idei edukacji włączającej i zwiększania dostępności kształcenia na poziomie wyższym dla osób z różnym rodzajem i stopniem niepełnosprawności. Edukacja włączająca nie ogranicza się jedynie do niwelowania barier architektonicznych czy do zapewnienia specjalistycznej technologii wspierającej. Bezsprzecznie są to ważne elementy dostępności, ale właściwe wsparcie edukacyjne musi również uwzględniać stosowanie wielu różnych narzędzi i metod wyrównujących szanse studentów z niepełnosprawnościami na zdobycie wiedzy na takim samym poziomie, jaki osiągają studenci sprawni. Wiąże się to więc z indywidualnym rozpoznaniem potrzeb każdego studenta z niepełnosprawnością i dopasowaniem do niego formy wsparcia.

Przy braku wiedzy środowiska akademickiego na temat trudności, z jakimi zmagają się osoby z różnym rodzajem niepełnosprawności, a także przy niskiej świadomości istniejących upraszczających stereotypów odnoszących się do funkcjonowania osób z niepełnosprawnościami, zastosowanie odmiennych lub/i dodatkowych form wsparcia może wywoływać głosy krytyki. Ważne jest zatem, aby zasady wsparcia były jasno określone i chroniły przed nadmiernymi roszczeniami studentów z niepełnosprawnościami, a tym samym nie dyskryminowały studentów sprawnych. Pod-

stawą edukacji włączającej powinno być zawsze wyrównanie szans w procesie kształcenia osób z trudnościami, a nie ulgowe ich traktowanie (Filek, 2018). Wyższe uczelnie stoją więc przed wyzwaniem znalezienia sposobu włączenia osób z niepełnosprawnościami do wspólnoty akademickiej zarówno w roli studenta, pracownika, jak i badacza. W tym celu należy znaleźć skuteczny sposób na zbudowanie środowiska akademickiego (przestrzeni fizycznej, procedur, metod realizacji zajęć, weryfikacji wiedzy itp.), w którym każda osoba z niepełnosprawnością będzie mogła funkcjonować na zasadzie równości z innymi.

Działania na rzecz wyrównywania szans studentów z różnym rodzajem niepełnosprawności powinny z jednej strony zminimalizować bariery zarówno architektoniczne, jak i społeczne, z drugiej zaś zachować poziom kształcenia obowiązujący innych studentów. Powszechny dostęp do edukacji to także powszechność coraz lepszego uświadamiania sobie, jakie postawy powinny przyjmować osoby zdrowe względem osób z różnym rodzajem niepełnosprawności. Poza wiedzę teoretyczną, intuicją, potrzebne jest także coraz powszechniejsze i coraz regularniejsze podejmowanie inicjatyw na rzecz szerzenia wiedzy w tym obszarze. Wyzwanie to dotyczy wszystkich, którzy są obecni na uczelni, od pracowników dydaktycznych, przez pracowników administracyjnych, a skończywszy na studentach.

3. Studenci z niepełnosprawnością – wyzwania i szanse w kontekście funkcjonowania w środowisku akademickim

W przeprowadzonym badaniu wzięli udział pracownicy i studenci Akademii im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie Wielkopolskim, w tym: 30 pracowników dydaktycznych, 20 pracowników administracyjnych, 20 studentów z niepełnosprawnością i 20 studentów bez niepełnosprawności. W badaniu wzięło udział łącznie 90 osób.

Celem przeprowadzonego badania było określenie opinii respondentów na temat funkcjonowania studentów z niepełnosprawnościami w środowisku akademickim. W związku z tym wyróżniono następujące problemy badawcze:

- Jak badani pracownicy i studenci oceniają różne formy wsparcia dla studentów z niepełnosprawnościami realizowane przez AJP?
- Jakie są największe bariery w pracy ze studentami z niepełnosprawnościami?
- Jakie są największe bariery w funkcjonowaniu w grupie studenckiej z osobą z niepełnosprawnościami?
- Jakie rozwiązania, według badanych, powinny zostać wprowadzone przez AJP, aby zwiększyć dostępność uczelni dla osób z niepełnosprawnościami?

Biorąc pod uwagę wyżej wymienione problemy, celem przeprowadzonego badania nie było określenie postaw społeczności akademickiej względem studentów cierpiących z powodu zaburzeń psychicznych. Analiza wyników badania pozwoliła jednak do zwrócenia uwagi na fakt, że studenci chorujący psychicznie wśród pracowni-

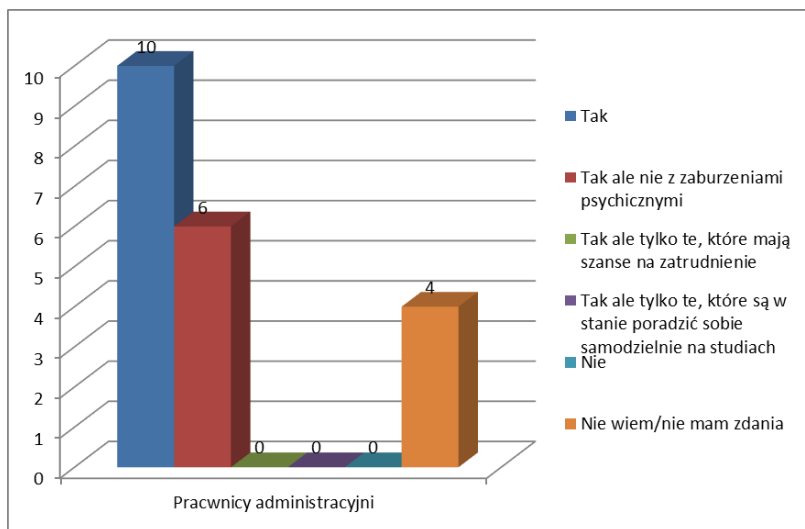
ków uczelni, jak i studentów traktowani są jako osobna kategoria niepełnosprawności.

Reasumując, mimo iż badanie w swym pierwotnym założeniu nie miało na celu analizy tego, jak postrzegane są osoby z zaburzeniami psychicznymi, to uzyskane wyniki pokazały ważny obszar, który należałoby dokładnie przeanalizować. Prezentowane badania mają więc charakter wstępnych eksploracji, które będą kontynuowane z wykorzystaniem zaawansowanych metod analizy statystycznej oraz poszerzane na inne grupy badawcze.

Dobór respondentów do grupy badawczej dokonany został nielosową techniką kuli śnieżnej, gdzie każdy ankietowany, wybrany z każdego wydziału, zarówno pracownik jak i student, rekrutował kolejne osoby do badania. Z pewnością metoda ta nie jest idealną metodą doboru próby badawczej, gdyż badacz ma nad nią małą kontrolę, a reprezentatywność grupy może być trudna do weryfikacji. Dlatego wnioski z badania mają pokazać pewne tendencje, a nie potwierdzony stan rzeczywistości. Niektóre pytania zawarte w badaniu różniły się w zależności od tego, czy były kierowane do studentów czy pracowników uczelni. Poza tym na potrzeby niniejszego artykułu zostaną przedstawione tylko te pytania, które są ważne ze względu na temat niniejszej pracy.

Jedno z pytań poddane ocenie zarówno przez pracowników uczelni, jak i studentów brzmiało: Czy osoby z niepełnosprawnością powinny mieć dostęp do kształcenia na poziomie wyższym? Uzyskane wyniki prezentują trzy kolejne wykresy (wykr. 1, 2 i 3).

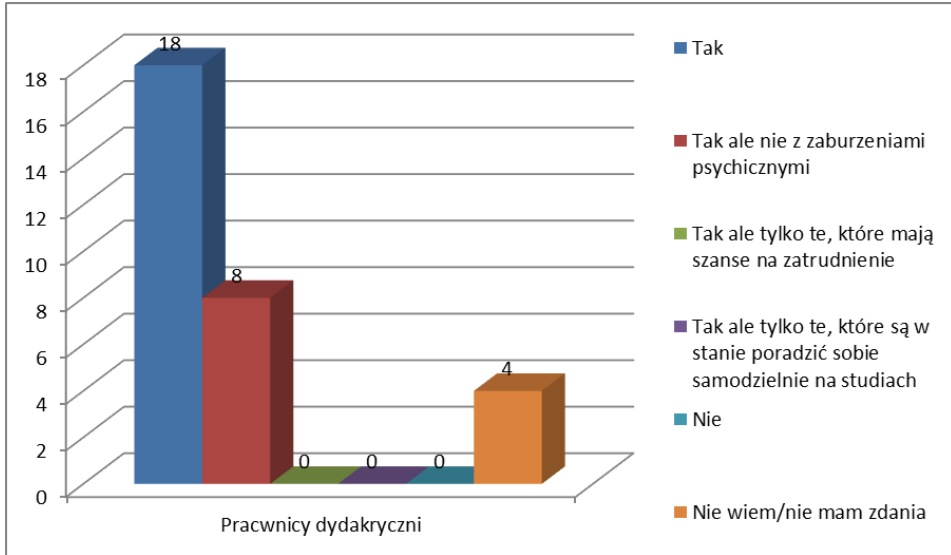
Wykr. 1. Dostęp do kształcenia na poziomie wyższym dla osób z niepełnosprawnościami w opinii pracowników administracyjnych AJP



Źródło: opracowanie własne.

Połowa pracowników administracyjnych jest zdania, że osoby z niepełnosprawnością powinny mieć dostęp do kształcenia na poziomie wyższym, natomiast 6 osób uważa, że uczelnie powinny być otwarte dla studentów z niepełnosprawnością, ale nie tych cierpiących na zaburzenia psychiczne. Część kadry administracyjnej jest przekonana zatem, że choroby psychiczne różnią się od innych dysfunkcji i jednostki na nie cierpiące nie powinny znaleźć się w gronie społeczności akademickiej.

Wykr. 2. Dostęp do kształcenia na poziomie wyższym dla osób z niepełnosprawnościami w opinii pracowników dydaktycznych AJP

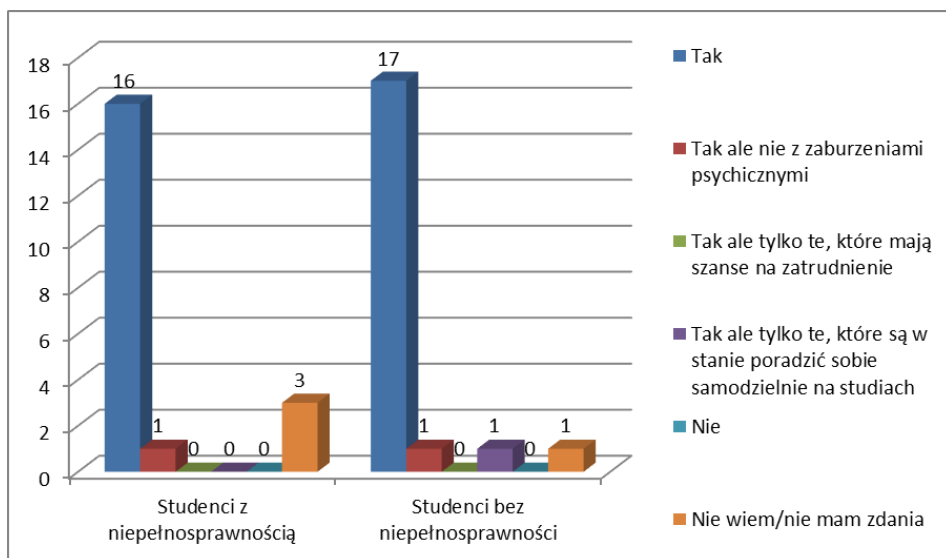


Źródło: opracowanie własne.

W grupie pracowników dydaktycznych sytuacja wygląda bardzo podobnie. Tym razem 18 ankietowanych jest przekonanych, że osoby z niepełnosprawnością powinny mieć dostęp do kształcenia na poziomie wyższym, ale 8 respondentów w tej grupie odmawia takiego prawa osobom z zaburzeniami psychicznymi. Po raz kolejny można zauważyć, że zaburzenia psychiczne dla dużej części pracowników uczelni stanowią większy problem niż osoby z innym rodzajem niepełnosprawności.

Wyniki w grupie studentów z niepełnosprawnością, jak i tych bez niepełnosprawności różnią się od tych uzyskanych przez pracowników.

Wykr. 3. Dostęp do kształcenia na poziomie wyższym dla osób z niepełnosprawnościami w opinii studentów AJP z niepełnosprawnością i bez niepełnosprawności

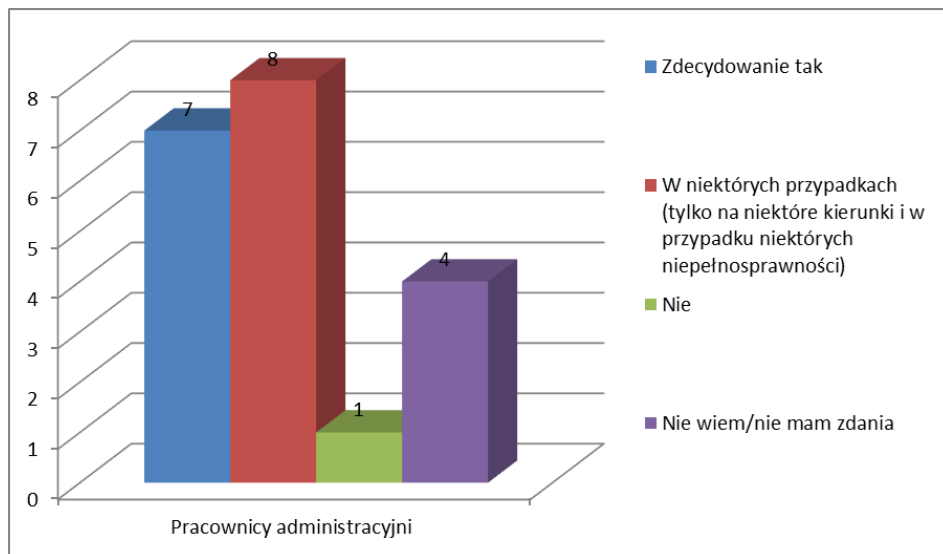


Źródło: opracowanie własne.

Wykresy (1, 2 i 3) prezentujące odpowiedzi każdej z dwóch grup wskazują jednoznacznie, że dla zdecydowanej większości fakt istnienia zaburzeń psychicznych nie stanowi bariery w dostępie do kształcenia na poziomie wyższym.

Choć kolejne poddane analizie pytanie nie odwoływało się do zaburzeń psychicznych, znaczna część badanych właśnie do tego rodzaju niepełnosprawności się odniosła, dopisując do pytania zamkniętego własne sugestie. Pytanie dotyczyło tego, czy według badanych kandydaci na studia, będący osobami niepełnosprawnymi, powinni przechodzić dodatkową weryfikację dotyczącą możliwości ukończenia przez nich wybranego kierunku studiów. Jedną z odpowiedzi brzmiała: w niektórych przypadkach (tylko na niektóre kierunki i w przypadku niektórych niepełnosprawności). Przy tej właśnie odpowiedzi badani pracownicy (tu należy zaznaczyć, że tylko pracownicy) dopisywali uwagi świadczące o tym, że takiej weryfikacji powinni podlegać kandydaci z zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza na kierunki nauczycielskie.

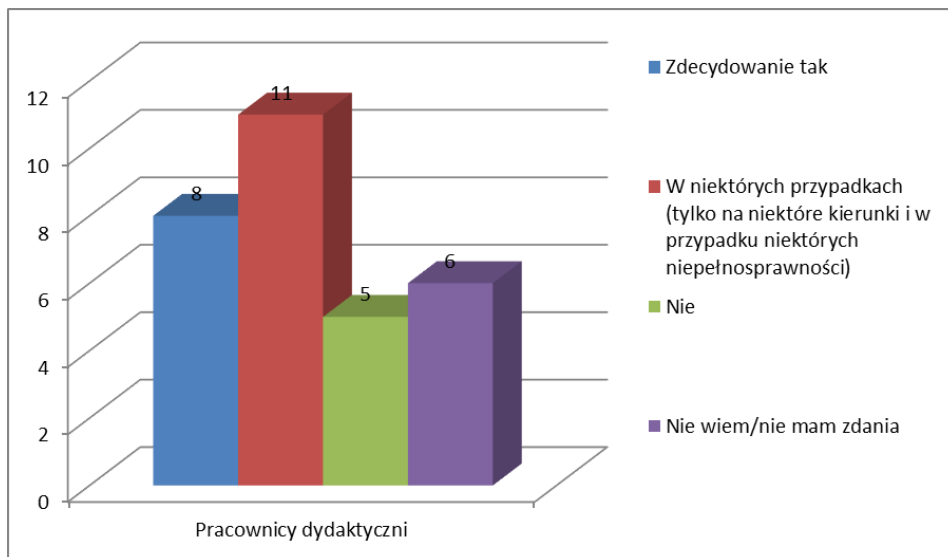
Wykr. 4. Potrzeba dodatkowej weryfikacji kandydatów na studia, będących osobami z niepełnosprawnością, dotyczącej możliwości ukończenia przez nich wybranego kierunku studiów w opinii pracowników administracyjnych



Źródło: opracowanie własne.

W grupie badanych pracowników administracyjnych więcej jest tych, którzy są przekonani, że w niektórych przypadkach taka weryfikacja kandydatów z niepełnosprawnością jest potrzebna i tylko jedna osoba w tej grupie wskazała tę odpowiedź, nie dopisując swojej sugestii dotyczącej tego, że weryfikacja taka powinna być realizowana w przypadku osób cierpiących na zaburzenia psychiczne lub kiedy te właśnie osoby chciałyby studiować kierunki nauczycielskie. Warto tu również zaznaczyć, że 7 badanych jest przekonanych, że takiej dodatkowej analizie powinien podlegać każdy kandydat z niepełnosprawnością. Widać zatem bardzo wyraźnie, że ankietowani traktują zaburzenia psychiczne odrębnie od innych niepełnosprawności.

Wykr. 5. Potrzeba dodatkowej weryfikacji kandydatów na studia, będących osobami z niepełnosprawnością, dotyczącej możliwości ukończenia przez nich wybranego kierunku studiów w opinii pracowników dydaktycznych

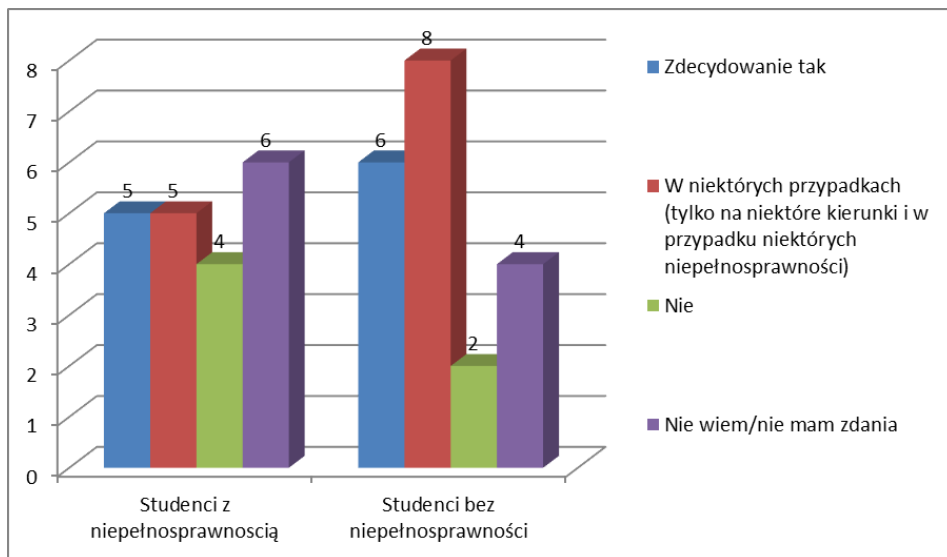


Źródło: opracowanie własne.

Analizując wyniki w grupie pracowników dydaktycznych, zdecydowana większość uważa, że kandydaci z niepełnosprawnością powinni przechodzić dodatkową weryfikację. Również wśród tych badanych pojawiły się na kwestionariuszach dopiski sugerujące, że tego typu dodatkowym działaniom powinny podlegać osoby chorujące psychicznie.

Wśród badanych studentów zarówno tych z niepełnosprawnością, jak i tych bez niepełnosprawności wyniki były rozłożone, i co ważne, w przypadku tych ankietowanych nie pojawiły się dodatkowe uwagi notowane przy pytaniu. W związku z tym nie wiadomo, czy te badane grupy, wskazując na konieczność dodatkowej weryfikacji, miały na myśli jakąś konkretną niepełnosprawność.

Wykr. 6. Potrzeba dodatkowej weryfikacji kandydatów na studia, będących osobami z niepełnosprawnością, dotyczącej możliwości ukończenia przez nich wybranego kierunku studiów w opinii studentów z niepełnosprawnością i bez niepełnosprawności

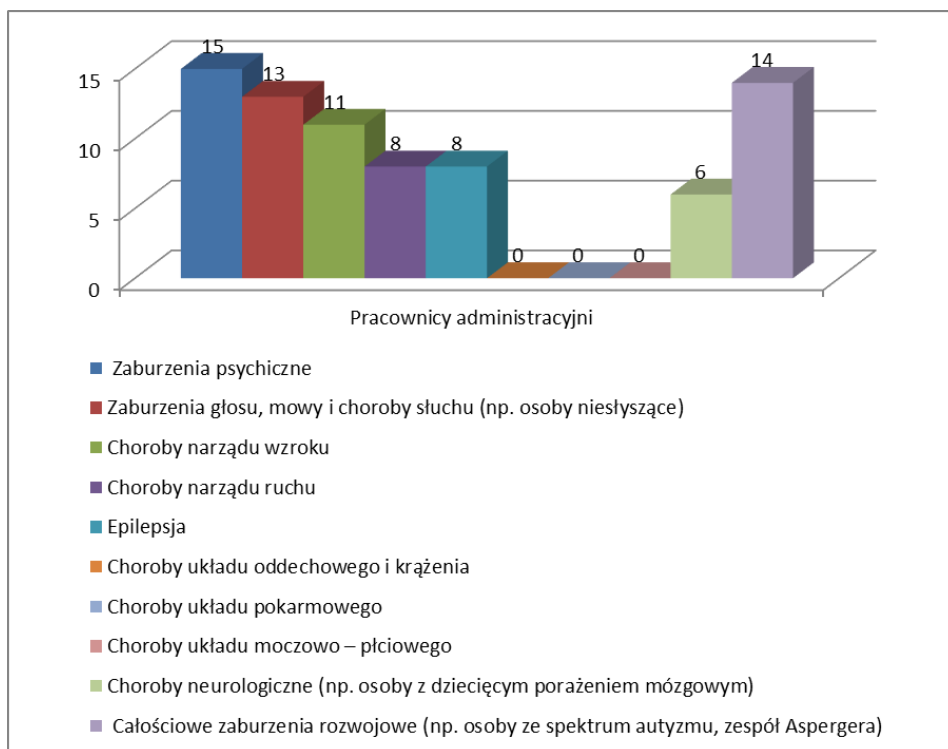


Źródło: opracowanie własne.

Nieco zaskakujący może być fakt, że połowa studentów z niepełnosprawnościami zadeklarowała potrzebę podejmowania dodatkowych działań w przypadku kandydatów będących osobami z niepełnosprawnością. Może wyniki te związane są z subiektywną potrzebą ankietowanych do skonsultowania swojego wyboru kierunku studiów i już na etapie rekrutacji zapoznania się z wymogami i własnymi możliwościami studiowania. Wśród studentów bez niepełnosprawności większość jest przekonana, że kandydaci z niepełnosprawnością powinni przechodzić dodatkową weryfikację w procesie rekrutacji. Jednak nie należy w tym miejscu doszukiwać się postaw dyskryminacyjnych ze strony studentów, a raczej ich przekonania o istniejącej potrzebie zapewnienia jak najlepszego wsparcia dla osób z niepełnosprawnością przy wyborze kierunku studiów, ale i uczelni, która zapewni najlepsze warunki i dostosowanie formy kształcenia do potrzeb i możliwości studentów z różnym rodzajem niepełnosprawności.

W innym pytaniu pracownicy administracyjni oraz dydaktyczni mogli określić, który rodzaj niepełnosprawności sprawia im najwięcej trudności w pracy. Badani pracownicy uczelni mogli wskazać dowolną liczbę odpowiedzi. Uzyskane wyniki prezentują dwa kolejne wykresy.

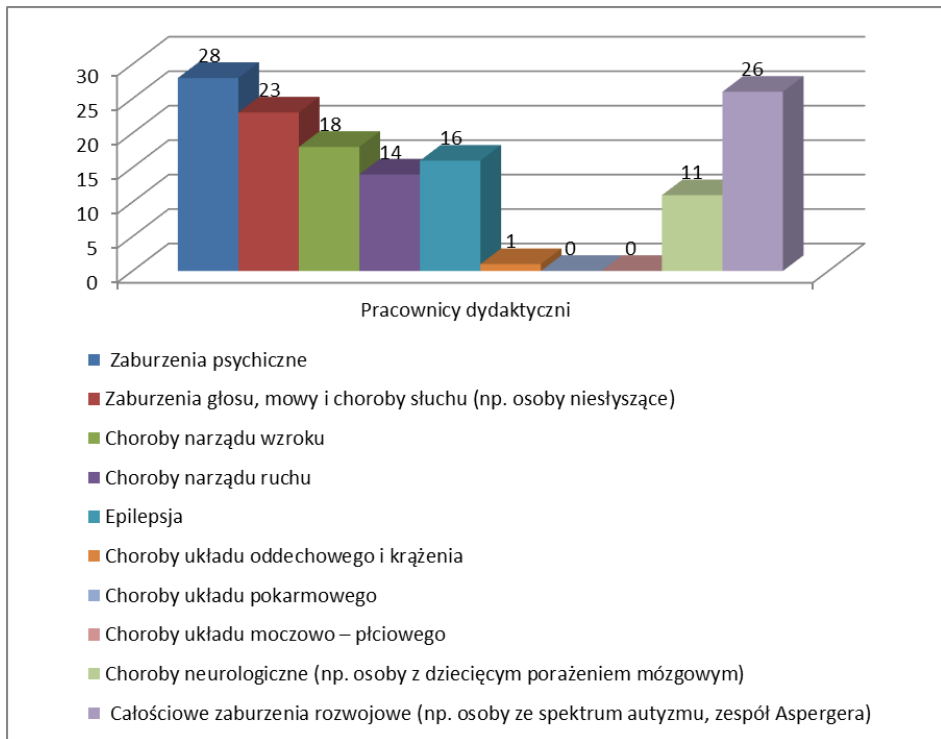
Wykr. 7. Rodzaj niepełnosprawności, który sprawia najwięcej trudności w pracy w opinii pracowników administracyjnych AJP



Źródło: opracowanie własne.

Ze wszystkich wymienionych niepełnosprawności 15 pracownikom administracyjnym największą trudność sprawiają studenci z zaburzeniami psychicznymi. 14 ankietowanych wskazało na całościowe zaburzenia rozwojowe, a 13 na niepełnosprawność związaną z zaburzeniem głosu, mowy i choroby słuchu.

Wykr. 8. Rodzaj niepełnosprawności, który sprawia najwięcej trudności w pracy w opinii pracowników dydaktycznych AJP



Źródło: opracowanie własne.

Podobną tendencję rozkładu wyników można zaobserwować wśród pracowników dydaktycznych. Jednak w tej grupie na trudności w pracy ze studentami z zaburzeniami psychicznymi wskazało aż 28 respondentów. Więcej było również tych, którzy oceniają pracę z osobami z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi i zaburzeniami głosu, mowy i choroby słuchu jako trudną (26 i 23 osoby).

Pracownicy administracyjni, jak i dydaktyczni najwięcej trudności doświadczają w pracy z osobą, z którą utrudniona jest komunikacja. Zarówno studenci z problemami mowy, słuchu, z zaburzeniami ze spektrum autyzmu czy z zaburzeniami psychicznymi często mają problemy w funkcjonowaniu społecznym i komunikacja z nimi przebiega inaczej niż w przypadku innych osób. Poza tym w społeczeństwie panuje nadal duża niewiedza na temat różnych rodzajów niepełnosprawności, a zwłaszcza na temat wyżej wspomnianych. Jak wskazują badania, jednym z ważniejszych czynników warunkujących pozytywne postawy wobec niepełnosprawności jest wiedza na jej temat (Mroczek i in., 2014; Kochański, Cechnicki, 2017).

Dodatkowym czynnikiem kształtującym taki stan rzeczy może być fakt przeobrażeń, jakie nastąpiły w obszarze dostępności uczelni wyższych dla osób z różnym

rodzajem niepełnosprawności. Na przestrzeni wielu lat coraz więcej osób z niepełnosprawnością podejmuje studia i z sukcesem je kończy (Sochańska-Kawiecka i in., 2017). Uczelnie przez lata opracowały szerokie spectrum wsparcia, tak aby niwelować bariery w dostępie do kształcenia na poziomie wyższym, czego konsekwencją jest to, że coraz więcej osób z coraz głębszymi niepełnosprawnościami może dziś spróbować swoich sił na studiach. Można zaobserwować, że na wyższych uczelniach pojawia się coraz więcej studentów właśnie z zaburzeniami psychicznymi czy ze spektrum autyzmu, którzy kiedyś nie mieli takiej szansy. Sytuacja ta rodzi jednak potrzebę rozwoju nowych form i systemów wsparcia studentów, ale i pracowników, aby wyposażyć ich w umiejętności sprostania nowym wyzwaniom.

Zaprezentowane wyżej wyniki mogą więc być konsekwencją niedostatecznego przygotowania uczelni na nowe wyzwania, które pojawiły się wraz z nowymi studentami, którzy wymagają zupełnie innego wsparcia niż studenci poruszający się na wózkach, niewidomi czy z innymi wcześniej występującymi schorzeniami.

Badanie, które zostało przeprowadzone, w swoim zamiarze nie miało na celu analizowania sytuacji studentów z zaburzeniami psychicznymi czy problemów istniejących w związku z ich obecnością na uczelni. Badanie było próbą zdiagnozowania potrzeb studentów i pracowników uczelni wobec studiujących z różnym rodzajem niepełnosprawności, bez wyodrębniania określonej dysfunkcji. Analiza miała wskazać obszary do pracy w celu poprawy jakości i warunków kształcenia zarówno dla pracowników i studentów, ale także dla funkcjonowania całej uczelni. Uzyskane wyniki odkryły jednak ważny aspekt nierównego traktowania osób z różnym rodzajem niepełnosprawności. W związku z tym postanowiono dokonać dodatkowej analizy, skupiając się wyłącznie na stosunku środowiska akademickiego do osób chorujących psychicznie. Badanie to stanowi wstępną próbę analizy omawianego obszaru, stanowiącą ważną wskazówkę do dalszych, bardziej zaawansowanych poszukiwań badawczych.

4. Studenci z zaburzeniami psychicznymi na wyższych uczelniach

Do kolejnego badania wykorzystany został kwestionariusz skonstruowany na podstawie ankiety Bogny i Jacka Wciórków (Wciórka, Wciórka, 2002; Wciórka, Wciórka, 2008) wykorzystanej w badaniach CBOS „Choroby psychiczne – społeczny stereotyp i dystans”.

W badaniu wzięli udział ci sami studenci i pracownicy. Jednak dobrano do niego kolejne osoby, również za pomocą techniki kuli śnieżnej. Autor zdaje sobie sprawę ze słabości tego doboru próby badawczej, dlatego, podobnie jak wyżej, analizy te są pokazaniem pewnej tendencji badanego środowiska. Tak więc tym razem w badaniu wzięło udział 180 ankietowanych, w tym 50 studentów z niepełnosprawnościami, 50 studentów bez niepełnosprawności, 50 pracowników dydaktycznych oraz 30 pracowników administracyjnych.

Założeniem przeprowadzanej analizy było określenie dystansu społecznego wobec osób chorujących psychicznie, którego istnienie może prowadzić do wielu niekorzystnych i bolesnych konsekwencji dla tej właśnie grupy chorujących (Kochański, Cechnicki, 2017). Często dodatkowym czynnikiem izolacji tych osób jest także ich własne wycofywanie się z życia społecznego w wyniku uruchomienia się wielu procesów psychologicznych, które marginalizują ich obecność w świecie. Do pomiaru tego obszaru wykorzystano pytania odwołujące się do wyobraźni respondentów, którzy mieli ustosunkować się do możliwości pełnienia przez osoby, które chorowały psychicznie, określonych ról społecznych. Swoje zdanie mogli wyrazić za pomocą skali: od całkowitego przyzwolenia na pełnienie danej roli, do absolutnego sprzeciwu wobec tego. Oczywiście, jak się okazało, poziom akceptacji oraz sprzeciwu był zależny od ocenianego rodzaju roli, jaką w przeszłości miałyby pełnić osoba chorująca psychicznie.

Wyniki zostały przedstawione w dwóch tablicach (1 i 2): pierwsza dotyczy pracowników, natomiast druga – studentów. Obok wyników uzyskanych w poszczególnej grupie, zostały również podane te, które otrzymano z badań populacji w opublikowanym raporcie CBOS (Wciórka, Wciórka, 2008). Warto zauważyć, że w prezentowanym badaniu pozbawiono ankietowanych możliwości udzielenia odpowiedzi „trudno powiedzieć”, zmuszając ich tym samym do określenia swojego zdania.

W odniesieniu do 6 z 14 poddanych ocenie ról badani pracownicy wyrazili swój zdecydowany sprzeciw (9 z 14 w populacji ogólnej). Respondenci wyrazili największy opór wobec sytuacji, w której osoba chorująca psychicznie miałaby być opiekunem ich dziecka (83 vs 81% w populacji ogólnej); następnie nauczycielem dziecka (80 vs 76%), lekarzem (70 vs 69%), ich nauczycielem (70 vs 54%). Trochę ponad połowa badanych nie chciałaby, aby ktoś kto ma problemy psychiczne był ich zięciem czy synową (57,5 vs 54%), a także ich kolegą/koleżanką z grupy klasowej/studenckiej, co zdecydowanie pokazuje postawę większego dystansu badanej grupy do chorych niż to jest w populacji ogólnej (55 vs 14%). W stosunku do pozostałych 8 ról ankietowani nie mieliby nic przeciwko, aby osoba z zaburzeniami psychicznymi je pełniła.

Stosunek badanych do osób chorujących psychicznie w przypadku 4 ról okazał się zdecydowanie bardziej przychylny niż w populacji ogólnej. Tak więc badani pracownicy, częściej niż w ogólnej populacji, nie byliby w opozycji do tego, aby chorujący psychicznie był burmistrzem/wójtem (60 vs 23%), posłem/posłanką (70 vs 26%), proboszczem w parafii (82 vs 34%) czy, co może być trochę zaskakujące, szefem/szefową w pracy (56 vs 37%). Wygląda na to, że badani pracownicy z mniejszym sprzeciwem patrzą na te role, z którymi nie muszą mieć częstego i osobistego kontaktu oraz nie musi go mieć nikt z ich najbliższych.

Tabl. 1. Poziom akceptacji pracowników administracyjnych i dydaktycznych dla pełnienia określonych ról społecznych przez osoby, które chorowały psychicznie

Jak Pani/Pan zareagował(a)by, gdyby okazało się, że osoba, która kiedyś chorowała psychicznie i leczyla się w szpitalu psychiatrycznym, ma zostać	Zdecydowanie nie miał(a)bym zastrzeżeń	Raczej nie miał(a)bym zastrzeżeń	Był(a)bym raczej przeciwko temu	Był(a)bym zdecydowanie przeciwko temu	Ogółem
	liczba vs (%) pop. ogólna				
Opiekunem/opiekunką Pani/ /Pana dziecka	3 (3,75) vs 3%	10 (12,50) vs 8%	37 (46,25) vs 38%	30 (37,50) vs 43%	80 (100)
Nauczycielem/nauczycielką Pani/Pana dziecka	3 (3,75) vs 3%	13 (16,25) vs 13%	30 (37,50) vs 35%	34 (42,50) vs 41%	80 (100)
Pani/Pana lekarką/lekarzem	8 (10) vs 5%	16 (20) vs 18%	29 (36,25) vs 36%	27 (33,75) vs 33%	80 (100)
Burmistrzem/wójtem w Pani/ /Pana mieście/gminie	14 (17,50) vs 5%	34 (42,50) vs 18%	22 (27,50) vs 32%	10 (12,5) vs 36%	80 (100)
Posłem/posłanką w Pani/Pana okręgu	17 (21,25) vs 5%	39 (48,75) vs 21%	15 (18,75) vs 31%	9 (11,25) vs 34%	80 (100)
Pani/Pana synową lub zięciem	12 (15) vs 6%	22 (27,50) vs 25%	28 (35) vs 34%	18 (22,50) vs 20%	80 (100)
Proboszczem w Pani/Pana parafii	27 (33,75) vs 7%	39 (48,75) vs 27%	10 (12,50) vs 30%	4 (5) vs 24%	80 (100)
Pani/Pana nauczycielką/nauczycielem	6 (7,50) vs 8%	18 (22,50) vs 27%	33 (41,25) vs 36%	23 (28,75) vs 18%	80 (100)
Pani/Pana szefową/szefem w pracy	12 (15) vs 10%	33 (41,25) vs 27%	27 (33,75) vs 36%	8 (10) vs 15%	80 (100)
Pani/Pana współlokatorką/ /współlokatorem na wczasach	16 (20) vs 14%	39 (48,75) vs 39%	18 (22,50) vs 25%	7 (8,75) vs 11%	80 (100)
Pani/Pana bliskim współpracownicą/współpracownikiem	18 (22,50) vs 17%	41 (51,25) vs 50%	18 (22,50) vs 21%	3 (3,75) vs 3%	80 (100)
Niespodziewanym gościem na Pani/ Pana przyjęciu	22 (27,50) vs 18%	39 (48,75) vs 48%	13 (16,25) vs 16%	6 (7,50) vs 6%	80 (100)
Pani/Pana kolegą/koleżanką w klasie, w grupie studenckiej	12 (13,75) vs 20%	25 (31,25) vs 53%	32 (40) vs 12%	12 (15) vs 2%	80 (100)
Pani/Pana najbliższym sąsiadem/sąsiadką	23 (28,75) vs 27%	44 (55) vs 54%	11 (13,75) vs 12%	2 (2,50) vs 1%	80 (100)

Źródło: opracowanie własne.

Studenci okazali się mniej przychylni dla osób z zaburzeniami psychicznymi niż pracownicy uczelni. 8 ról z 14 określili jako te, których nie chcieliby, aby pełniły osoby z doświadczeniem leczenia psychiatrycznego. Wyniki studentów w tym odniesieniu okazały się więc bardziej zbliżone do tych z populacji ogólnej. Najwięcej badanych studentów sprzeciwia się temu aby osoba z zaburzeniami psychicznymi była ich nauczycielem (96 vs 70% badanych pracowników vs 54% w populacji ogólnej). Zarówno badani studenci, jak i pracownicy są mniej wyrozumiali dla pełnienia tej roli w przypadku osób chorujących psychicznie niż w ogólnej populacji. Ponadto w grupie tej wyrażono sprzeciw wobec tego, aby osoby z zaburzeniami były nauczycielem ich dziecka (95 vs 76% w populacji, ogólnej); opiekunem ich dziecka (91 vs 81%); szefową (80 vs 51%); kolegą/koleżanką z grupy klasowej/studenckiej (76 vs 14%). Ponownie widać, że również stosunek badanych studentów jest zdecydowanie mniej przychylny do posiadania w grupie kolegi, który leczył się psychiatrycznie niż w ogólnej populacji, ale także niż w grupie pracowników. Spora część ankietowanych również nie wyobraża sobie takiej osoby w roli zięcia czy synowej (75 vs 54%); lekarza (69 vs 69%) oraz trochę ponad połowa badanych nie chciałaby, aby ktoś kto ma problemy psychiczne był ich współlokatorem na wczasach, co po raz kolejny prezentuje zdecydowanie mniej pozytywny stosunek badanych studentów zarówno w stosunku do populacji ogólnej, jak i badanych pracowników (51 vs 31% pracowników vs 36% ogólnej populacji).

Ankietowani zaakceptowaliby natomiast osobę z zaburzeniami psychicznymi jako proboszcza w swojej parafii (81 vs 34% ogólnej populacji); niespodziewanego gościa na swoim przyjęciu (78 vs 66%); swojego sąsiada (69 vs 81%); posła/posłankę (67 vs 26%); bliskiego współpracownika (64 vs 67%) oraz burmistrza/wójta (61 vs 23%).

Tabl. 2. Poziom akceptacji studentów z niepełnosprawnością i bez niepełnosprawności dla pełnienia określonych ról społecznych przez osoby, które chorowały psychicznie

Jak zareagował(a)by Pani/ Pan, gdyby okazało się, że osoba, która kiedyś chorowała psychicznie i leczyla się w szpitalu psychiatrycznym, ma zostać	Zdecydowanie nie miał(a)bym zastrzeżeń	Raczej nie miał(a)bym zastrzeżeń	Był(a)bym raczej przeciwko temu	Był(a)bym zdecydowanie przeciwko temu	Ogółem
	liczba vs (%) pop. ogólna				
Opiekunem/opiekunką Pani/ /Pana dziecka	1 (1) vs 3%	8 (8) vs 8%	40 (40) vs 38%	51 (51) vs 43%	100(100)
Nauczycielem/nauczycielką Pani/Pana dziecka	2 (2) vs 3%	3 (3) vs 13%	42 (42) vs 35%	53 (53) vs 41%	100(100)
Pani/Pana lekarką/lekarzem	6 (6) vs 5%	25 (25) vs 18%	37(37) vs 36%	32 (32) vs 33%	100(100)
Burmistrzem/wójtem w Pani/ /Pana mieście/gminie	20 (20) vs 5%	41 (41) vs 18%	32 (32) vs 32%	7 (7) vs 36%	100(100)
Posłem/posłanką w Pani/Pana okręgu	23 (23) vs 5%	44 (44) vs 21%	23 (23) vs 31%	10 (10) vs 34%	100(100)
Pani/Pana synową lub zięciem	11 (11) vs 6%	14 (14) vs 25%	42 (42) vs 34%	33 (33) vs 20%	100(100)
Proboszczem w Pani/Pana parafii	29 (29) vs 7%	52 (52) vs 27%	12 (12) vs 30%	7 (7) vs 24%	100(100)
Pani/Pana nauczycielką/nauczycielem	1 (1) vs 8%	3 (3) vs 27%	36 (36) vs 36%	60 (60) vs 18%	100(100)
Pani/Pana szefową/szefem w pracy	3 (3) vs 10%	17 (17) vs 27%	48 (48) vs 36%	32 (32) vs 15%	100(100)
Pani/Pana współlokatorką/ /współlokatorem na wczasach	11 (11) vs 14%	38 (38) vs 39%	39 (39) vs 25%	12 (12) vs 11%	100(100)
Pani/Pana bliskim współpracownicą/współpracownikiem	15 (15) vs 17%	49 (49) vs 50%	35 (35) vs 21%	1 (1) vs 3%	100(100)
Niespodziewanym gościem na Pani/ Pana przyjęciu	26 (26) vs 18%	52 (52) vs 48%	20 (20) vs 16%	2 (2) vs 6%	100(100)
Pani/Pana kolegą/koleżanką w klasie, w grupie studenckiej	5 (5) vs 20%	19 (19) vs 53%	58 (58) vs 12%	18 (18) vs 2%	100(100)
Pani/Pana najbliższym sąsiadem/sąsiadką	22 (22) vs 27%	47 (47) vs 54%	28 (28) vs 12%	3 (3) vs 1%	100(100)

Źródło: opracowanie własne.

Z badań przeprowadzonych przez CBOS (Wciórka, Wciórka, 2008) wynika, że wśród osób, które przeszły leczenie psychiatryczne najsilniej narażone na odrzucenie są te osoby, które miałyby odpowiadać za losy dzieci respondentów, a także za zdrowie ankietowanych. Również w przypadku badanych pracowników i studentów wiadać wyraźny sprzeciw wobec tego, aby osoby z doświadczeniem chorób psychicznych pełniły takie role. Wyraźną różnicę można natomiast zaobserwować w stosunku do postaw wobec ról, w ramach których decyduje się o ważnych sprawach społeczności lokalnej. W populacji ogólnej większość respondentów stoi w opozycji do tego, aby jednostka, która leczyła się psychiatrycznie była burmistrzem, wójtem czy posłem, podczas gdy wśród badanych pracowników i studentów panuje zgoda na pełnienie przez te osoby takich funkcji. Co więcej, ze znacznie mniejszą dezaprobatą badani odnoszą się do możliwości pełnienia przez te osoby funkcji proboszcza czy przełożonego.

Ponadto pracownicy, a przede wszystkim studenci, sprzeciwiają się zdecydowanie silniej, aby osoby z zaburzeniami psychicznymi były ich nauczycielami oraz kolegami/koleżankami w grupie. Ujawnia to postawy nacechowane dystansem oraz tendencją do izolowania się od chorych w bardziej wyraźny sposób niż w ogólnej populacji. Ten stan rzeczy, dość znacząco, może wpływać na jakość życia tej grupy, gdyż wskazuje, że badani nie chcą funkcjonować razem z nimi w przestrzeni społecznej, uczestnicząc tym samym w procesie ich stygmatyzacji.

5. Podsumowanie

Podniesienie jakości wsparcia studentów z zaburzeniami psychicznymi, ale także tych doświadczających kryzysów zdrowia psychicznego, jest ważnym wyzwaniem, przed jakim stoją dziś uczelnie wyższe w Polsce. W dużej części są one dopiero w procesie przygotowania możliwych rozwiązań udzielania pomocy studentom w *dostosowaniu procesu kształcenia do ich potrzeb*. Nie jest to jednak proste zadanie, gdyż brak jest konkretnych procedur określających rodzaj, formę i zasady udzielania wsparcia w tym obszarze. Z jednej strony trzeba znaleźć rozwiązania, które pozwolą zminimalizować bariery w ich procesie edukacji. A więc poza podstawowymi formami dostosowania, takimi jak: alternatywne sposoby zaliczania zajęć, wydłużanie czasu egzaminów lub dostosowywanie materiałów dydaktycznych, należy wziąć pod uwagę fakt, że w sytuacji studentów z zaburzeniami psychicznymi, takimi jak schizofrenia, silne depresje, zaburzenia lękowe, są one niewystarczające. Zachowanie takich studentów bywa często niezrozumiałe dla pracowników, a także dla innych kolegów i koleżanek z roku, co budzi lęk, a w efekcie niechęć do pracy z nimi. Z drugiej zaś strony, należy podejmować działania zmierzające do zwiększania wiedzy całej społeczności akademickiej na temat chorób psychicznych i ich konsekwencji dla funkcjonowania człowieka. Do czasu, kiedy wiedza ta nie będzie rozpowszechniana

w sposób rzetelny, bez stereotypów i uogólnień, ich życie w społeczeństwie i w środowisku uczelnianym będzie niełatwe, dla jednej i drugiej strony.

Bibliografia

- Barnes, C., Mercer, G. (2008). *Niepełnosprawność*. Wydawnictwo SIC.
- Filek, J. (2018). Odpowiedzialne wsparcie edukacyjne. W: M. Perdeus-Białek. *Odpowiedzialne wsparcie a zrównoważony rozwój. Czyli o siedmiu zasadach wsparcia edukacyjnego będących filarami edukacji włączającej w szkolnictwie wyższym*. Dział ds. Osób Niepełnosprawnych Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kochański, A., Cechnicki, A. (2017). *Postawy polskich psychiatrów wobec osób chorujących psychicznie*. http://psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_1_2017/29Kochanski_PsychiatrPol2017v51i1.pdf. Dostęp: 13.06.2022.
- Mroczek, B., Wróblewska, I., Kędzierska, A., Kurpas, D. (2014). *Postawy dorosłych Polaków wobec osób chorych psychicznie*. http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-ec5c1b22-9e62-4669-95bb-421b4c100582/c/22_O_Mroczek___Postawy_doroslych.pdf. Dostęp: 13.06.2022.
- Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2022 r. poz. 574).
- Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2020 r. poz. 1062).
- Wciórka, B., Wciórka, J. (2002). *Polacy o schizofrenii i chorych na schizofrenię*. Opinie i diagnozy. CBOS.
- Wciórka, B., Wciórka, J. (2008). *Osoby chorujące psychicznie w społeczeństwie*. Komunikat z badań. CBOS.

Niepełnosprawność w różnych aspektach, profilaktyka, wyzwania na przyszłość

1. Wprowadzenie

Niepełnosprawność to szerokie zagadnienie, którym zajmują się naukowcy, osoby z różnych organizacji i placówek. W ramach tego zagadnienia zawarty jest nie tylko aspekt medyczny ograniczający człowieka w samoopiece i samopielęgnacji, ale również szeroko pojęta polityka społeczna w stosunku do indywidualnej osoby oraz społeczności. Celem opracowania jest przedstawienie obrazu osoby z niepełnosprawnością w zależności od wieku, stopnia niepełnosprawności oraz rodzaju.

Odnosząc się do historii niepełnosprawności, trudno jest znaleźć pozytywne zachowania. Od czasów średniowiecza deformacje i niepełnosprawność fizyczna oraz zaburzenia psychiczne były trudne do zaakceptowania przez środowisko społeczne. Niepełnosprawność traktowano jako karę bogów za grzechy rodziców, przodków, złe moce czy duchy. W średniowieczu obserwowano też zachowania pozytywne, do których można zaliczyć pomoc na rzecz osób z niepełnosprawnościami i opiekę nad nimi za sprawą rozpowszechnienia w Europie chrześcijańskiej idei miłosierdzia. Szczególnie trudne do zaakceptowania było podejście do osób z zaburzeniami intelektualnymi. Od roku 1800 zapoczątkowano pedagogikę specjalną. Stosunek do niepełnosprawności w kolejnych latach ulegał poprawie, jednak negatywne podejście obserwowane jest do dnia dzisiejszego. Dlatego trwają nieustanne prace nad modyfikacją i ulepszeniem prawnie usankcjonowanego stosunku do niepełnosprawności (Borowska-Beszta, 2012). Niezbędne staje się przytoczenie koncepcji przedstawionej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). Ogłoszona w 1980 r. pierwsza Międzynarodowa Klasyfikacja Upośledzenia Niepełnosprawności i Inwalidztwa (*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* – ICIDH) została określona

^a Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Zielonogórski w Zielonej Górze.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8576-2087>.

jako biologiczna. Z uwagi na skupienie się Pierwszej Międzynarodowej Klasyfikacji Upośledzenia Niepełnosprawności i Inwalidztwa wyłącznie na aspekcie medycznym miała ona licznych przeciwników (Otrębski, 2018). W 2001 r. ogłoszono Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania (*International Classification of Functioning Disability and Health* – ICF). Dokument przedstawiał niepełnosprawność w sposób holistyczny, uwzględniający prawa człowieka. Ogromna wartość tego dokumentu związana jest z faktem, że został stworzony przez osoby niepełnosprawne oraz przez urzędników państwowych, przedstawicieli organizacji pozarządowych i innych podmiotów bezpośrednio stykających się z niepełnosprawnością – w celu akceptacji społecznej, w tym zmian sposobu postrzegania i traktowania osób z niepełnosprawnością. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) podejmuje działania na rzecz wspierania osób niepełnosprawnych i zapewnienia, iż osoby niepełnosprawne mają te same prawa polityczne i obywatelskie co inni ludzie. WHO zajmuje się także problemami barier architektonicznych, brakiem dostępu do informacji, zmniejszeniem dyskryminacji i stygmatyzacji – zapobiegając wykluczeniu osób niepełnosprawnych z szeregu aktywności: edukacji, zatrudnienia, ochrony zdrowia i innych. Umiejscowienie dokumentu i ratyfikowanie traktatu zobowiązuje państwa do ochrony praw osób z niepełnosprawnością oraz modyfikowania ustawodawstwa w celu poprawy życia osób z niepełnosprawnością (<https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/why-is-the-convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-important>. Dostęp: 22.05.2022). Prawa osób z dysfunkcjami i ich funkcjonowanie w przestrzeni publicznej zostały ujęte w konwencji Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ), która zakazuje dyskryminacji osób z niepełnosprawnością i nakazuje tworzenie warunków do korzystania przez nich z praw na równi z innymi oraz wprowadzanie dedykowanych dla nich rozwiązań. Problematyka ta jest niezwykle ważna i dostrzegana przez liczne państwa ratyfikujące zapisy konwencji. Janusz Kirenko i Rafał Wawer (2015) podkreślają szczególne osiągnięcie osób z niepełnosprawnościami, które na co dzień zmagają się z utrudnieniami, barierami w licznych aspektach życia codziennego.

2. Modele niepełnosprawności

Dwa podstawowe modele niepełnosprawności to model medyczny – inaczej indywidualny – oraz społeczny. W pierwszym modelu niepełnosprawność jest pojmowana jako konsekwencja choroby, uszkodzenia ciała czy dysfunkcji umysłu. Inny zakres tego pojęcia definiuje model społeczny związany z ograniczeniami, jakich doświadczają osoby niepełnosprawne. Autorka publikacji *Pojęcie niepełnosprawności* powołuje się na Colina Barnesa i Geofa Mercera, którzy wskazują na wielorakie indywidualne problemy wynikające z istniejących barier w systemie transportu publicznego i w zakresie prywatnym, ograniczony dostęp do budownictwa użyteczności publicz-

nej, bariery architektoniczne, niedostosowany system transportu, trudności na rynku pracy, edukację uwzględniającą podział na pełnosprawnych i niepełnosprawnych (Giełda, 2015).

W pierwszej kolejności należałoby skupić się na danych dotyczących niepełnosprawności, które odzwierciedlają jej zasięg. Model biologiczny gromadzi dane o ograniczeniach wynikających z niesprawności biologicznej i opiera się głównie na badaniach ankietowych, które również służą do badania społecznego funkcjonowania jednostek. W badaniach uczestniczą osoby, które mają prawnie udokumentowaną niepełnosprawność, ale również te, które takich dokumentów nie posiadają. Badania dotyczące populacji osób z niepełnosprawnością opierają się na informacjach i danych zbieranych przez: Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań (NSP), Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL), Europejskie Ankietywe Badanie Zdrowia (EHIS), Europejskie Badanie Dochodów i Warunków Życia (EU-SILC) oraz badanie budżetów gospodarstw domowych. Natomiast inne dane dotyczą niepełnosprawności prawnej potwierdzonej w ramach orzecznictwa o niepełnosprawności. Warto zaznaczyć, że o takie dokumenty ubiegają się osoby w celach dofinansowania, wykorzystania różnych sposobów poprawy jakości życia lub uzyskania zatrudnienia. Pozostałe osoby, szczególnie seniorzy, takich dokumentów z reguły nie potrzebują. Wymienione dane administracyjne ściśle związane są z systemem orzecznictwa w Polsce, które nie jest jednolite. Bowiem orzeka: Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS), Ministerstwo Obrony Narodowej (MON), Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji (MSWiA), powiatowe/miejskie (jako pierwsza instancja) i wojewódzkie (jako druga instancja) zespoły do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności wydające orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności oraz wskazania do ulg i uprawnień. Do orzekania uprawnione są również poradnie psychologiczno-pedagogiczne. W odniesieniu do badań ankietowych przytoczyć można jeszcze przykłady cyklicznych szczegółowych badań opisujących sytuację osób niepełnosprawnych, np.: *Diagnoza społeczna, PolSenior, Ogólnopolskie badanie sytuacji potrzeb i możliwości osób niepełnosprawnych* oraz inne badania europejskie, np. Europejski sondaż społeczny (*European Social Survey – ESS*), Badanie zdrowia, starzenia się, i przechodzenia na emeryturę w Europie (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe – SHARE*) (Szmikowski, 2020).

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w końcu 2019 r. w Polsce odnotowano 23% osób niepełnosprawnych twierdzących, że z powodów zdrowotnych doznawały trudności z wykonywaniem podstawowych czynności życiowych. Należy nadmienić, że były to osoby nieposiadające dokumentów potwierdzających prawną niepełnosprawność. Badacze twierdzą, że odsetek osób z taką niesprawnością wzrósł o 2%. Warto zaznaczyć, że wzrost ten dotyczył głównie osób w wieku 50–69 lat

(o około 3 p.proc.). Powyżej 16% to osoby z niezbyt nasilonymi dysfunkcjami, zaś 6% twierdziło, że ma istotne ograniczenia. Występowanie niepełnosprawności biologicznej wzrasta z wiekiem, taki stan obserwuje się już po 50. roku życia, by u 80-letnich seniorów osiągnął wartość 80%. Osoby najstarsze prezentowały poważne ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu (powyżej 38%). Kobiety częściej (ponad 24%) niż mężczyźni (niecałe 21%) zaliczane były do osób niepełnosprawnych biologicznie (GUS, 2021).

Prawną niepełnosprawność Polaków, jak wcześniej wspomniano, jest trudno usystematyzować z uwagi na orzekanie przez liczne instytucje stosujące się do prawa ustanowionego w różnym czasie. Powoduje to utrudnienia nie tylko w różnie pojmowanym nazewnictwie, ale również w braku wystarczających przesłanek do uzyskania ulg i świadczeń a dodatkowo pociąga za sobą konieczność uzupełniania wniosków. Na podstawie wyników badań EHIS ustalono, że w 2019 r. niepełnosprawni prawnie stanowili około 7%, a biologicznie – prawie 4% mieszkańców Polski. Dowodzi to, że 9 na 10 Polaków nie posiadało orzeczenia o niepełnosprawności. Wcześniejsze badania pokazały zbliżoną liczbę osób niepełnosprawnych prawnie. Zatem 11% mężczyzn i prawie 10% kobiet to osoby mające orzeczenie o niepełnosprawności. Podobnie odsetek osób posiadających orzeczenie rósł wraz z wiekiem. Wśród najmłodszych (0–4 lata) orzeczenie posiadało ponad 3%, a w grupie populacji najstarszej (80 lat i więcej) – 32%. W odniesieniu do wieku w 2019 r. osoby z niepełnosprawnością stanowiły od kilku procent (poniżej 6%) w grupie wiekowej od 0 do 39 lat, do 52% wśród osób w wieku co najmniej 80 lat. Wysokie odsetki osób z niepełnosprawnością zauważono w grupach wieku 70–79 lat – 33%, 60–69 lat – 23% oraz 50–59 lat – 15%. W przypadku większości grup wieku zmiany odsetka osób z niepełnosprawnością między rokiem 2014 a 2019 były nieznaczne – poniżej 1 p.p., jednak w grupie wieku 50–59 i 70–79 lat oraz 80 lat i więcej odnotowano spadek odsetka osób z niepełnosprawnością – około 3 p.p. Dzieci z niepełnosprawnością, według kryterium statystycznego, było w 2019 r. ponad 4%. W grupie tej było mniej niż 1% dzieci z niepełnosprawnością prawną i biologiczną oraz niecałe 4% z prawnym orzeczeniem. Analiza wyników według wieku wykazała, że niepełnosprawność najczęściej występuje wśród 10–14-latków – około 6%, w pozostałych grupach wieku (0–4 i 5–9 lat) – po niespełna 4% (GUS, 2021).

Według badania EHIS liczba osób z niepełnosprawnością w Polsce waha się w zależności od województwa od 6% w województwie opolskim i mazowieckim do 13% w województwie lubuskim – największy odsetek w Polsce. Wymienione badania wskazują na zwiększony procent niepełnosprawnych kobiet w wieku poprodukcyjnym. Warto zaznaczyć, że osoby niepełnosprawne częściej mieszkają w miastach (62%) aniżeli na wsi (Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, 2018).

Ciekawe wyniki uzyskano na podstawie badania *Polsenior 2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem*. Analiza z roku 2021 przedstawia liczby odnoszące się do niesprawności seniorów. Konstrukcja publikacji badań jest bardzo szczegółowa i odnosi się do poszczególnych jednostek chorobowych. Jednak warto odnieść się do licznych zagadnień medycznych związanych ze starzeniem się organizmu, który jest czynnikiem ryzyka wystąpienia chorób przewlekłych oraz wzrostu deficytów prowadzących do niepełnosprawności i uzależnienia od pomocy osób drugich. Zespół słabości, jako predyktor niepełnosprawności, został stwierdzony u 16% seniorów, a zagrożenie tym zespołem (*pre-frail*) wykazano u ponad połowy seniorów po 60. roku życia. Istotnym czynnikiem ryzyka prowadzącym do niepełnosprawności jest sarkopenia doprowadzająca do upadków, których w ostatnim roku doznało 16% osób w wieku 60 lat i więcej. Nadmienić trzeba, że co druga osoba upadła więcej niż jeden raz, a 4 na 10 upadków spowodowało znaczny uraz. Wzrok i słuch istotnie wpływają na jakość życia seniorów. Często diagnozowano nieprawidłowości w obrębie widzenia. U ponad 40% badanej populacji stwierdzono nieprawidłową jakość widzenia, a 1,2% w stopniu znacznym. Najczęstszą chorobą okulistyczną była zaćma (23%), przy czym u ponad 65% osób była ona przynajmniej jednostronnie zoperowana. Zaburzenia słuchu występują rzadziej i dotyczą prawie co dziesiątego seniora. Wśród osób starszych powszechne jest zjawisko wielochorobowości, mediana chorób polskich seniorów wynosiła 3. Zwykle wiek determinuje pojawienie się większości chorób, a w dalszej konsekwencji wielochorobowość obserwuje się u 70% osób w wieku 60–64 lata i 90% w grupie 90-latków i starszych. Z wielochorobowością wiąże się polifarmakoterapia (przyjmowanie ≥ 5 leków dziennie), którą stwierdza się u ponad połowy seniorów w wieku powyżej 60. roku życia. Niepokojący jest fakt zażywania 10 i więcej leków przez 12% tej populacji (Błędowski i in., 2021).

Wspomniany wcześniej model medyczny traktuje niepełnosprawność jako chorobę, która wymaga leczenia. Jest wywołana różnymi czynnikami, m.in. patogenami, czynnikami genetycznymi czy teratogenami. Obecnie medycyna dysponuje narzędziami do zwalczania powyższych dolegliwości. Jednym słowem, za pomocą leków i innych metod inwazyjnych często można trwale spowolnić, powstrzymać czy też odwrócić proces chorobowy powstały również na skutek urazu czy nieszczęśliwego wypadku. Warto nadmienić, że dynamiczny rozwój medycyny może zaoferować rozwiązania na przyszłość. Model medyczny przygotowany jest również na rehabilitację, której celem jest wsparcie w samodzielności lub maksymalne wykorzystanie własnych możliwości. Wymaga to od społeczeństwa zaakceptowania niepełnosprawności oraz faktu, że chory nie wyzdrowieje i jego role społeczne mogą być nie w pełni realizowane (Twardowski, 2018). W tablicy Małgorzata Giełda (2015), powołując się na Władysława Dykcika, przedstawia zestawienie cech scalonego modelu niepełnosprawności, który wydaje się być optymalnym rozwiązaniem tak szerokiego problemu medyczno-społecznego.

Tablica. Cechy scalonego modelu niepełnosprawności

Cechy modelu medycznego	Cechy modelu społecznego
Niepełnosprawność jest problemem jednostkowym	Niepełnosprawność jest problemem społecznym
Niepełnosprawność wymaga opieki medycznej i indywidualnego leczenia	Niepełnosprawność wymaga integracji biopsychospołecznej i działania społecznego
Z niepełnosprawnością związana jest profesjonalna pomoc	Z niepełnosprawnością związana jest indywidualna i zbiorowa odpowiedzialność społeczeństwa
Celem tego modelu jest jak najlepsze przystosowanie jednostki niepełnosprawnej do życia w społeczeństwie poprzez: <ul style="list-style-type: none"> • wskazanie odpowiednich zachowań • sprawowanie właściwej opieki • prowadzenie odpowiedniej polityki zdrowotnej • podejście indywidualne do każdego przypadku 	Celem tego modelu jest wprowadzenie odpowiednich zmian w środowisku osoby niepełnosprawnej poprzez: <ul style="list-style-type: none"> • kształtowanie odpowiednich postaw społecznych • realizowanie wobec osób niepełnosprawnych praw człowieka • prowadzenie odpowiedniej polityki społecznej • propagowanie wymaganych zmian społecznych
Z niepełnosprawnością związana jest profesjonalna pomoc	

3. Postrzeganie niepełnosprawności i jakość życia niepełnosprawnych

Istnieje szereg definicji, które w zależności od zajmowanego obszaru nauki skupiają się na podejściu wielowymiarowym i interdyscyplinarnym związanym z zadowoleniem z życia. Istotną rolę odgrywa: medycyna, socjologia, psychologia i inne dziedziny wiedzy. Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) jakość życia to „indywidualny sposób postrzegania przez jednostkę jej pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości, w którym żyje, oraz w odniesieniu do zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi” (WHOQOL, 1995). W 1990 r. H. Schipper zdefiniował jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia – *Health Related Quality of Life* (HRQL) jako: „funkcjonalny efekt fizycznej, psychicznej i społecznej odpowiedzi na chorobę i leczenie, odbierany subiektywnie przez pacjenta, oraz ocenę własnego położenia życiowego chorego dokonaną w okresie leczenia”. Definicja HRQL uznaje za priorytetowe aspekty funkcjonowania chorego w obrębie: stanu fizycznego oraz sprawności ruchowej, stanu psychicznego, sytuacji społecznej, warunków ekonomicznych oraz doznań somatycznych. HRQL dało możliwość ujęcia problemów osób chorych w aspekcie medycznym (efektywność stosowanych leków) i pozamedycznym (funkcjonowanie w rodzinie czy społeczeństwie). Dzięki badaniu jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia stało się realne uzyskanie danych do ogólnej oceny poziomu subiektywnej jakości życia (Stańczak-Mrozek, Biłant, Mućka, 2019). Jacek Jarosław Bleszyński odnosi się do HRQL, wskazując na powiązanie jakości życia ze stanem zdrowia, podkreślając uwzględnienie pochodnych czynników wewnętrznych i zewnętrznych, ukierunko-

wując na czynniki społeczne, zdrowie psychiczne i funkcje biologiczne (Orłowska, Błęszyński, 2018). Życie ludzkie zależy od stanu kondycji rozwoju psychofizycznego, ale też od: przygotowania do pełnienia ról społecznych, umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych, stabilności w sferze dojrzewiania i nabywania istotnych umiejętności oraz kompetencji społeczno-zawodowych. Funkcjonowanie w otoczeniu oparte jest na wyznacznikach – strukturach organizmu: fizycznym (struktura biologiczna – zdrowie), psychicznym (struktura psychiczna – harmonijny rozwój psychiczny) i społecznym (struktura społeczna, warunki socjalne, opieka rodzinna) (Niedbalski, Raclaw, Żuchowska-Skiba, 2017). Według Kirenko, Wawer (2015) osoba niepełnosprawna, która nie może zaoferować niczego osobom zdrowym przybiera formę ofiary potrzebującej pomocy i wsparcia innych. Biorąc pod uwagę niepełnosprawność fizyczną i sensoryczną, obserwuje się zjawisko izolacji społecznej, która wynika z ograniczeń lokomotorycznych, które jeszcze bardziej zaburza komunikację. Wśród osób z niepełnosprawnością można obserwować obawy przed odrzuceniem, co w konsekwencji skazuje ich na samotność. Niezwykle ważne staje się w tym momencie oparcie w bliskich osobach i utwierdzenie w przekonaniu o istotnej wartości człowieka, co może spowodować wyjście z takiego przekonania oraz sytuacji (Kirenko, Wawer, 2015). Wiązanie w odbiorze społecznym niepełnosprawności z chorobą może rzutować zwalniająco na rozwój i społeczną aktywność jednostki. Skutkuje to m.in. dyskryminowaniem osób z niepełnosprawnością na rynku pracy czy w kontaktach międzyludzkich (Gorajewska, 2006). Inne spojrzenie na niepełnosprawność podsuwa Mateusz Karaś (2012), za Jenny Morrissem, który twierdzi, że niepełnosprawność powstaje dopiero w zetknięciu z różnego rodzaju hamulcami, barierami, za które odpowiedzialność ponosi społeczeństwo. I tak uszkodzenie ciała jest kwestią medyczną, a nie społeczną, natomiast ograniczenia wynikają z nieprzystosowania społeczeństwa i decydują o tym, czy dana osoba zostanie z niego wyłączona (Karaś, 2012). Niepełnosprawności nie da się jednoznacznie określić czy zdefiniować. Funkcjonuje ona wyłącznie w połączeniu z czynnikiem społecznym. Aspekt medyczny nadal odgrywa kluczową rolę, jednak sukces można osiągnąć, korzystając z interdyscyplinarności w szerokim tego słowa znaczeniu (Karaś, 2012).

4. Strategie zapobiegania i pogłębiania niepełnosprawności

W licznych publikacjach można znaleźć strategie odnoszące się do osób z niepełnosprawnościami w wielowymiarowych problemach. Porusza się tam aspekty związane z niepełnosprawnością wrodzoną oraz nabytą w czasie trwania życia, powołując się na *Long-lifetime rehabilitation*, czyli rehabilitację przez całe życie. Uczyniła to Joanna Konarska (2019) w szerokim opracowaniu uwzględniającym tę problematykę. Autorka opracowania odniosła się do aktualnej sytuacji demograficznej Polski

i Europy, wskazując na inne liczne przyczyny niepełnosprawności. Wyszczególniła problemy dotyczące niepełnosprawnych dzieci, których rodzice są pierwszymi rehabilitantami. Ogromną rolę odgrywa zespół terapeutyczny, który współpracuje z rodzicami i zwykle pierwszy problem akceptacji siebie pojawia się z chwilą rozpoczęcia edukacji szkolnej. Złożoność problemu jest zdecydowanie większa i obejmuje pozycję dziadków i rodzeństwa, którzy uczestniczą we wszystkich zabiegach związanych z opieką nad niepełnosprawnym członkiem rodziny. Konarska wskazuje na wartość rehabilitacji przez całe życie, sugerując powołanie międzyresortowej placówki, która powinna prowadzić dokumentację: diagnozy, rehabilitacji i innych form wsparcia dla każdej osoby z niepełnosprawnością od urodzenia lub od czasu powstania niepełnosprawności aż do śmierci. Wtedy rehabilitacja będzie pełna i całościowa, obejmie też nie tylko wiadomą osobę, ale także jej rodzinę. Rezultatem tego może być człowiek z niepełnosprawnością maksymalnie samodzielny, wykształcony i pracujący.

Inne spojrzenie skierowane jest na szereg skutków niepełnosprawności dotyczących osób w późnej dorosłości, kiedy to zmiany degeneracyjne doprowadzają do inwalidztwa. Ludzie ci mają często czas na przygotowanie się do wystąpienia dysfunkcji wynikających z wieku, jednak powszechnie wiadomo, że liczne schorzenia pojawiają się nieoczekiwanie i doprowadzają do konieczności zmierzenia się z trudną rzeczywistością i koniecznością opieki nad bliskim. Trudności pojawiające się w tych okolicznościach mają wymiar nie tylko fizyczny i psychiczny, ale też ekonomiczny, gdyż – pomimo teoretycznie bezpłatnej ochrony zdrowia – liczne środki trzeba dodatkowo przeznaczyć na zdrowie w oczekiwaniu na wizyty lekarskie czy rehabilitację. Rozwiązaniem problemu medycznego dla osoby starszej jest specjalistyczna opieka geriatryczna scalająca liczne potrzeby seniorów wynikające z wielochorobowości (Konarska, 2019). Wielość rozwiązań w kwestii osób starszych zaproponowano w Koncepcji Centrum Zdrowia 75+. Zarys Koncepcji opracowanej przez ekspertów z Narodowej Rady Rozwoju przy Prezydencie RP. Jednak wykorzystanie tego opracowania nie zostało w pełni zrealizowane, pomimo zdecydowanych i uzasadnionych korzyści. W odniesieniu do osób z niepełnosprawnościami powstała uchwała nr 27 Rady Ministrów z dnia 16 lutego 2021 r. w sprawie przyjęcia dokumentu pt. Strategia na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami 2021–2030.

Dokument jest obszernym opracowaniem dotyczącym działań w stosunku do osób niepełnosprawnych, które zostaną wprowadzone w życie w latach 2021–2030, łącznie ze zmianami prawnymi, które uregulują wiele kwestii prawnych dotyczących usprawnienia orzekania o niepełnosprawności.

5. Podsumowanie

Zjawisko niepełnosprawności towarzyszy człowiekowi od zarania dziejów. Stosunek do odmienności bywa do dzisiaj postrzegany bardzo różnorodnie. Jednak z pewnością należy uwrażliwiać na tego typu sytuacje od najmłodszych lat życia tak, aby obraz niepełnosprawności był sprecyzowany, nie był nowy i nieznyany dla osób wkraczających w dorosłość. Niepełnosprawność należy postrzegać wielokierunkowo i zajmować się nią w sposób interdyscyplinarny, niezależnie od przyczyny jej powstania oraz stopnia nasilenia – począwszy od aktów normatywnych, które definiują niepełnosprawność w różny sposób, uwzględniając wielorakie aspekty i cechy. Jak twierdzi Giełda (2015), brakuje definicji normatywnej, która podeszłaby do tego zagadnienia interdyscyplinarnie. Jak słusznie zauważa autorka, pojęcie niepełnosprawności w prawie administracyjnym powinno mieścić cechy modelu społecznego i medycznego dopełnione przez kontekst kulturowy. Tam właśnie powinny być zawarte takie przymioty jak: godność, traktowana jako wartość niezbywalna i przypisana każdemu człowiekowi. Takie ujęcie dawałoby większą pewność przestrzegania praw człowieka w stosunku do osób z niepełnosprawnością. Zatem w zależności od rodzaju i stopnia niepełnosprawności będą pojawiać się bariery, gdyż świat stworzony jest dla osób pełnosprawnych, które zwykle uważają, że ich sprawność jest oczywista i dana im na całe życie. Tymczasem niepełnosprawność sprawia, że osiągnięcie celów może być szczytem trudnym do zdobycia, a wspinaczka okupiona wysiłkiem jest bardzo trudna. Skala niepełnosprawności wymaga wielu rozwiązań w różnych obszarach, dziedzinach oraz zakresach życia z niepełnosprawnością (Kirenko, Wawer, 2015). Nasuwa się stwierdzenie mówiące o indywidualnym traktowaniu każdej jednostki, która w różnym stopniu wymaga wsparcia w wymienionych obszarach. Niezwykle ważne jest, by niepełnosprawność nie była pogłębiana. Jedynie zaopiekowana osoba z niepełnosprawnością, zmotywowana do dbania o swoje zdrowie fizyczne i psychiczne będzie w stanie funkcjonować w społeczeństwie, troszcząc się o zaspokojenie własnych potrzeb. Inna sprawa dotyczy dzieci, które w miarę wzrastania dostrzegają swoje deficyty wynikające z choroby i niepełnosprawności. Tutaj ogromne zadanie pozostawione jest w gestii rodziców i opiekunów. Ponownie wsparcie i motywacja wysunie się na plan pierwszy. Znamy wiele przykładów ludzi z wrodzoną lub nabytą niepełnosprawnością, którzy osiągają szaczkne miejsca w nauce, sporcie i innych dziedzinach, w których wielokrotnie osoby sprawne nie miałyby szans rywalizować. Inną sprawą staje się niepełnosprawność intelektualna, która sprawia, że znaczna część tych osób wymaga bezpośredniej opieki świadczonej przez bliskich. Wielokrotnie jest ona na bardzo wysokim, choć nieprofesjonalnym poziomie. Dlatego wsparcie należy się nie tylko osobie dotkniętej niepełnosprawnością, ale również opiekunowi, który często błądzi po omacku i testuje sposoby postępowania w różnych trudnych sytuacjach.

Bibliografia

- Błądowski, P., Grodzicki, T., Mossakowska, M., Zdrojewski, T. (red.). (2021). *Polsenior 2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem*. Gdański Uniwersytet Medyczny, 1121–1124.
- Borowska-Beszta, B. (2012). *Niepełnosprawność w kontekstach kulturowych i teoretycznych*. Wydawnictwo Oficyna Wydawnicza Impuls, 18–34.
- Giełda, M.R. (2015). Pojęcie niepełnosprawności, W: M. Giełda, R. Raszevska-Skałecka (red.). *Prawno-administracyjne aspekty sytuacji osób niepełnosprawnych w Polsce*. Uniwersytet Wrocławski, 21–30.
- Główny Urząd Statystyczny. (2021). *Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r. Health status of population in Poland in 2019*, 60–65.
- Gorajewska, D. (2006). *Fakty i mity o osobach z niepełnosprawnością*. Fundacja „Promyk Słońca”, 58.
- <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/why-is-the-convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-important>. Dostęp: 22.05.2022.
- Karaś, M. (2012). Niepełnosprawność, od spojrzenia medycznego do społecznego. *Disability Studies, Przegląd Prawniczy, Ekonomiczny i Społeczny*, 4, 20–42.
- Kirenko, J., Wawer, R. (2015). *Dystans versus tolerancja*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, 38.
- Konarska, J. (2019). *Niepełnosprawność w ujęciu interdyscyplinarnym*. Oficyna Wydawnicza AFM, 225–250.
- Niedbalski, J., Raclaw, M., Żuchowska-Skiba, D. (red.). (2017). *Oblicza niepełnosprawności w teorii i praktyce*. Uniwersytet Łódzki, 64.
- Orłowska, M., Bleszyński, J.J. (2018). *Czas wolny w służbie niepełnosprawnych*. Wydawnictwo Naukowe PWN, 127–128.
- Otrębski, W. (2018). Problemy i definicje – niepełnosprawność. W: E. Rutkowska (red.). *Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych*. Wydawnictwo PZWL, 2.
- Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. (2018). *Diagnoza potrzeb i oczekiwań osób z niepełnosprawnością w zakresie kompetencji specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją*. Raport metodologiczny, 7.
- Stańczak-Mrozek, K., Biłant, E., Mućka, K. (2019). *QALY jako miara jakości życia*. Agencja Oceny Technologii Medycznych, 5.
- Szmitkowski, P. (2020). *Ochrona osób z niepełnosprawnościami w sytuacji nadzwyczajnych zagrożeń*. Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach, 49–50.
- The World Health Organisation Quality of Life Assessment (WHOQOL) (1995). *Position paper from the World Health Organisation*. Soc. Sci. Med., 41, 1403–1409.
- Twardowski, A. (2018). Społeczny Model Niepełnosprawności – Analiza Krytyczna. *Studia Edukacyjne*, 48, 99.

Sytuacja osób Głuchych/głuchych w Polsce

To, że milczę, nie znaczy, że nie mam nic do powiedzenia

Jonathan Carroll

Niepełnosprawność to jeden z ważniejszych problemów i wyzwań społecznych. Aktualnie w Polsce żyje ponad 3 mln osób z niepełnosprawnościami, które mają prawne potwierdzenie swej niepełnosprawności. W rzeczywistości jest ich dużo więcej – od 4 do 7 milionów. Wśród tej grupy znajdują się osoby z różnymi niepełnosprawnościami, m.in. z uszkodzonym narządem ruchu, chorobami psychicznymi, niepełnosprawnością intelektualną, niewidome i głuche.

Mimo że na przestrzeni lat można zauważyć szereg działań mających na celu polepszenie jakości życia osób niepełnosprawnych, np. coraz powszechniejsze znoszenie barier architektonicznych, oznaczenia Braille'owskie w obiektach publicznych, w bankomatach, oznaczanie wypukłym drukiem banknotów czy tzw. ciche godziny w sklepach sprzyjające osobom ze spektrum autyzmu, to w dalszym ciągu grupą słabo wspieraną są osoby niesłyszące.

Odpowiedzi na pytanie, dlaczego tak się dzieje, można szukać przede wszystkim w specyfice tej niepełnosprawności, bowiem głuchoty – w przeciwieństwie do wózka inwalidzkiego, białej laski czy psa przewodnika – nie widać. Źródłem problemów tej grupy jest specyfika i złożoność samej społeczności osób z niepełnosprawnością słuchu. Społeczność ta jest bardzo niejednolita. Zasadniczo możemy wyróżnić w niej 2 grupy – osoby niesłyszące od urodzenia (około 10%), pochodzące z rodzin, w których głuchota przekazywana jest z pokolenia na pokolenie, utożsamiające się z kulturą i tradycjami niesłyszących oraz osoby niesłyszące, pochodzące z rodzin słyszących (około 90%), żyjące przede wszystkim wśród słyszących. Odmienność ta zauważalna

^a Uniwersytet Zielonogórski.

jest już w sposobie definiowania siebie – pierwsza grupa to Głusi, druga zaś to głusi. Ta z pozoru niewielka różnica w pisowni nazwy określa jednocześnie dwa różne sposoby życia i funkcjonowania w społeczeństwie.

W grupie osób z niepełnosprawnością słuchu są też ci, którzy w ogóle nie słyszą oraz osoby, które są niedosłyszające, lecz dzięki odpowiedniemu zaopatrzeniu ich niedosłuch jest skompensowany. Różna jest też sytuacja życiowa niesłyszących, w zależności od tego kiedy utracili słuch – czy jest to głuchota: prelingwalna – powstała przed opanowaniem języka (do 2–3. roku życia), perlingwalna – powstała w okresie opanowywania języka (w wieku 3–5 lat) czy postlingwalna – powstała po opanowaniu mowy¹. Najwięcej problemów komunikacyjnych mają oczywiście osoby z pierwszej grupy, co negatywnie wpływa nie tylko na ich relacje społeczne, lecz przede wszystkim na sytuację edukacyjną i w konsekwencji także zawodową.

Grupa osób z niepełnosprawnością słuchu jest również bardzo niejednorodna wiekowo. Ze względu na zachodzące procesy demograficzne (starzenie się społeczeństwa polskiego) coraz bardziej znaczący odsetek stanowią osoby w podeszłym wieku, które mają nie tylko uszkodzony słuch, lecz również niedowidzą i są mniej sprawne ruchowo. To one zdecydowanie gorzej od dzieci, młodzieży czy młodych osób dorosłych radzą sobie ze swoją często sprzężoną niepełnosprawnością.

Wśród członków tej społeczności różny jest też stosunek do coraz częściej wszczepianych implantów ślimakowych – Głusi są zazwyczaj przeciwnikami ich stosowania, natomiast pozostali uważają, że implanty pozwalają na lepsze życie, z mniejszymi ograniczeniami. Ponadto nie wszystkie osoby niesłyszące komunikują się w języku migowym, a jeżeli już migają, to może to być Polski Język Migowy (PJM) lub System Językowo-Migowy (SJM), znacząco różniące się od siebie.

Na powyższe problemy nałożyć należy kolejny, w postaci niezrozumienia społecznego, z którym muszą się konfrontować w wielu sytuacjach życiowych. Przeciętą osobą słyszająca uważa, że Głuchy/głuchy „tylko” nie słyszy, ewentualnie nie mówi lub mówi słabo, ale doskonale zna język polski i biegle posługuje się nim w piśmie. Tymczasem Głuchy/głuchy, który miga, uczy się języka polskiego, tak jak języka obcego, a jego pierwszym naturalnym językiem jest język migowy. Wielu Głuchych/głuchych nie mówi też biegle po polsku lub ich mowa jest tak niewyraźna, że rozumie ją tylko najbliższe otoczenie. Ponadto nawet jeżeli osoba niesłysząca zaopatrzona dobrze mówi, to jej możliwości komunikacyjne za pomocą mowy werbalnej mogą różnić się w zależności od sytuacji, np. zazwyczaj nie rozumie czego dotyczy rozmowa, gdy mówi do niej równocześnie kilka osób. Rozumienie mowy może być również trudne w zależności od akustyki miejsca – inne będzie w auli wykładowej, a inne w kościele. Z tego względu dobrze byłoby, aby miejsca użyteczności

¹ B. Szczepankowski, D. Koncewicz (2012). *Język migowy w terapii*. Wydawnictwo Naukowe WSP w Łodzi, s. 14.

publicznej były wyposażane w sprzęt wspomagający słyszenie, np. pętlę indukcyjną, która wzmacnia dominujący głos, a wycisza szумы dochodzące z otoczenia.

Aby poprawić sytuację osób niesłyszących, należy przede wszystkim zwiększać świadomość całego społeczeństwa dotyczącą ich potrzeb. I choć nadal jest wiele do zrobienia, to dostrzegalne są pewne pozytywne zmiany dotyczące prawa. Już od 2011 r. obowiązuje Ustawa o języku migowym i innych środkach komunikowania się², która określa m.in. zasady obsługi osób uprawnionych w kontaktach z organami administracji publicznej. Zgodnie z ustawą (art. 9.1, 2) organ administracji publicznej jest zobowiązany do udostępnienia usługi pozwalającej na komunikowanie się, w tym powinien zapewnić możliwość korzystania przez osoby uprawnione z pomocy wybranego tłumacza PJM czy SJM (art. 10.1). Świadczenie może być realizowane również przez pracownika organu administracji publicznej posługującego się PJM czy SJM lub z wykorzystaniem środków wspierających komunikowanie się i jest ono bezpłatne. Niestety w praktyce niewielu urzędników zna język migowy, zaś dostęp do profesjonalnych tłumaczy jest ograniczony. Problemem jest również fakt, że osoba, która chciałaby skorzystać z tej usługi musi najpierw zgłosić do urzędu chęć skorzystania ze świadczenia, ze wskazaniem wybranej metody komunikowania się, co najmniej na 3 dni robocze przed tym zdarzeniem, z wyłączeniem sytuacji nagłych (art. 12.1). Jeżeli jednak Głuchy/głuchy nie potrafi dobrze komunikować się pisemnie, zostaje właściwie wyłączony z możliwości skorzystania z tej usługi. Jakość przygotowania urzędów do obsługi osób z uszkodzonym słuchem została negatywnie oceniona m.in. przez Najwyższą Izbę Kontroli, która w opracowanym raporcie wskazała, że: „polskie urzędy nie traktują osób głuchoniemych z należytą powagą. Swoje zaniedbania tłumaczą niskim odsetkiem głuchoniemych petentów, ale nie dostrzegają, że głuchoniemi nie przychodzą do urzędów, bo poziom dostępności instytucji użyteczności publicznej dla niepełnosprawnych jest wciąż niewystarczający”³.

Osobnym problemem są sytuacje nagłe, np. wypadek, choroba, przestępstwo dokonane na osobie niesłyszącej, kiedy pomoc potrzebna jest natychmiast, a bariera komunikacyjna jest często nie do pokonania.

Dla społeczności Głuchych/głuchych szczególnie traumatyczna była pandemia COVID-19, w trakcie której, zwłaszcza w jej początkowym okresie, szczególnie odczuli dyskryminację i ograniczenie swoich praw na skutek niedostatecznej informacji o sytuacji epidemicznej oraz działaniach i zaleceniach władz publicznych. Zdaniem Komisji Ekspertów ds. Osób Głuchych przy RPO, na skutek petycji środowiska składanych na ręce Premiera, Ministra Zdrowia, Pełnomocnika Rządu ds. Osób

² Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. z 2011 r. Nr 209, poz. 1243).

³ NIK o przygotowaniu urzędów do kontaktu z niesłyszącymi. <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-przygotowaniu-urzedow-do-kontakt-z-nieslyszacymi.html>. Dostęp: 10.10.2021.

z Niepełnosprawnościami oraz do Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji – wspieranych przez Rzecznika Praw Obywatelskich – więcej programów informacyjnych, konferencji prasowych i komunikatów było tłumaczonych na Polski Język Migowy (PJM) oraz opatrzonych napisami w języku polskim. Mimo tego: „nadal jednak stacje telewizyjne i władze publiczne nie stosują standardów tłumaczenia w PJM, co powoduje, że tłumacz/tłumaczka i napisy nie są widoczne lub bardzo trudne do odbioru (są zasłonięte lub za mała jest postać tłumacza/tłumaczki). Przez to głusi otrzymują tylko fragmentaryczne informacje. Nie sprzyja to rozumieniu tego, co się dzieje, nie pozwala poznać i zrozumieć podejmowanych przez władze decyzji i działań. To z kolei wpływa na pogłębiający się stan zagubienia i dodatkowej frustracji, nasila poczucie zagrożenia i zdecydowanie podwyższa poziom lęku. Jest to tym groźniejsze, że głusi mają znacznie mniejszą niż słyszący możliwość korzystania ze wsparcia psychologicznego”⁴.

Dla Głuchych/głuchych szczególnym utrudnieniem była i nadal jest konieczność noszenia maseczek w przestrzeni publicznej, chociaż aktualnie ograniczona została już tylko do placówek służby zdrowia i aptek, gdyż dodatkowo powoduje to ograniczenia w komunikowaniu się. Maseczka uniemożliwia bowiem czytanie z ruchu warg tym Głuchym/głuchym, dla których jest to istotny sposób rozumienia informacji przekazywanych w języku polskim⁵.

Odrębnym zagadnieniem jest organizacja edukacji osób z uszkodzonym słuchem w Polsce. Według danych zawartych w Systemie Informacji Oświatowej w roku szkolnym 2020/21 we wszystkich typach szkół uczyło się ponad 15 tys. uczniów z wadami słuchu, z czego około 86% były to osoby słabosłyszące, a około 14% stanowili uczniowie niesłyszący, komunikujący się w języku migowym.

Różne, niezależnie od stopnia uszkodzenia słuchu, były też miejsca nauki. Zgodnie z przepisami prawa, w naszym kraju, o wyborze drogi edukacyjnej decydują rodzice. W Polsce uczniowie Głusi/głusi mogą kształcić się w szkołach masowych, szkołach/klasach integracyjnych lub w placówkach specjalnych dla dzieci i młodzieży z uszkodzonym słuchem. Według danych statystycznych ponad 80% uczniów znajduje się poza systemem placówek adresowanych do uczniów z wadami słuchu, co znacząco obniża poziom ich kształcenia. W szkołach masowych czy nawet integracyjnych rzadko są zatrudniani nauczyciele znający język migowy, a nauka odbywa się najczęściej w sposób werbalny, bez tłumaczenia, nawet na zajęciach rewalidacyjnych. Uczniowie nie mają dostosowanych do swoich potrzeb podręczników i innych po-

⁴ Koronawirus. Sytuacja osób głuchych w czasie epidemii – stanowisko RPO i Komisji Ekspertów ds. Osób Głuchych przy RPO. <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/koronawirus-sytuacja-osob-gluchych-stanowisko-rpo-i-komisji-ekspertow>. Dostęp: 10.10.2021.

⁵ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 16 grudnia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu zagrożenia epidemicznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2736). Nakaz noszenia maseczek w budynkach, w których prowadzona jest działalność lecznicza oraz w aptekach został przedłużony do 31.03.2023 r.

mocy dydaktycznych. Problemy występują niekiedy również w placówkach dla dzieci głuchych, w których nauczyciele migają niemal wyłącznie w SJM i nie znają PJM, co powoduje dyskryminację uczniów komunikujących się w ten sposób.

Kontrola NIK przeprowadzona w 15 różnych placówkach, do których uczęszczali uczniowie Głusi/głusi, zakończyła się konkluzją, że: „(...) w latach 2019–2022 system kształcenia nie zaspokajał zróżnicowanych potrzeb uczniów z niepełnosprawnością słuchu, choć powszechny i równy dostęp do wykształcenia zapewniają im Konstytucja RP oraz Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych (...)”⁶. Zły system kształcenia podstawowego i średniego powoduje, że w konsekwencji tylko niewielki odsetek absolwentów szkół ogólnokształcących decyduje się na podejście do egzaminu maturalnego, który z powodzeniem zdają nieliczni. W ten sposób zamknięta zostaje dla wielu Głuchych/głuchych droga do kształcenia na poziomie wyższym, tym samym ograniczając w przyszłości ich szanse na satysfakcjonującą pracę zawodową.

Tych kilka opisanych powyżej refleksji wskazuje, że wiele należy jeszcze zrobić, aby osoby z niepełnosprawnością słuchu nie czuły się w naszym kraju obywatelami drugiej kategorii i aby mogły w pełni korzystać ze swoich praw oraz być zrozumiane przez słyszącą część społeczeństwa.

⁶ Raport NIK. *Edukacja głuchych i niedosłyszących do reformy*. <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/edukacja-i-nauka/edukacja-gluchych-i-niedoslyszacych.html>. Dostęp: 12.01.2023.

Środowisko osób z niepełnosprawnością filarem w inkluzywności przedsiębiorczości

Inkluzywność w przedsiębiorczości to podejście do modelu rozwoju przedsiębiorczości, w którym pracodawcy i pracownicy, niezależnie od różnic pomiędzy nimi, mają szansę na pełne wykorzystanie swojego potencjału.

Przykładem inkluzywności w przedsiębiorczości jest projekt pt. *Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy*, który jest realizowany przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych we współpracy z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych i Centralnym Instytutem Ochrony Pracy – Państwowym Instytutem Badawczym.

Projekt, skrótowo określany *Kompleksowa Rehabilitacja*, to program przekwalifikowania zawodowego zapewniający uzyskanie nowych kwalifikacji zawodowych wszystkim tym, którzy z powodu choroby lub wypadku utracili możliwość wykonywania dotychczasowego zawodu, a chcieliby podjąć inną pracę, adekwatną do zainteresowań i stanu zdrowia. To również szansa dla osób z niepełnosprawnością wrodzoną lub nabytą w okresie rozwojowym, które nigdy nie pracowały i nie mają kwalifikacji zawodowych. Mogą w ten sposób zdobyć zawód i podjąć pracę adekwatną do możliwości zdrowotnych.

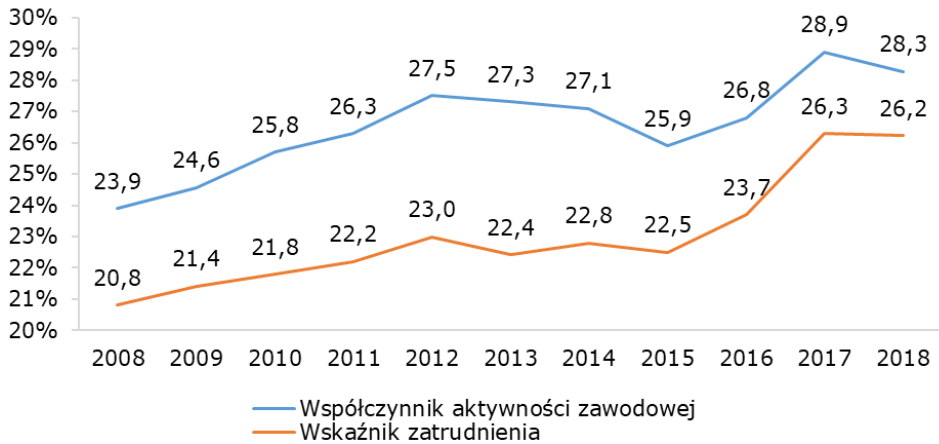
Według danych Biura Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych w Polsce aktualny wskaźnik zatrudnienia osób z niepełnosprawnościami to 26,8%¹. I choć na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat wskaźnik ten generalnie rósł (z niewielkimi spadkami w 2013 i 2015 r. – zob. wykres), to jednak wciąż istnieje ogromna dysproporcja aktywności zawodowej osób z niepełnosprawnościami i osób sprawnych, spośród których aż 77,4% jest aktywnych zawodowo. Dla porównania w Czechach wynosi 44%, a w Szwajcarii – 70%².

^a Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Oddział Zielona Góra.

¹ <https://niepelnosprawni.gov.pl/p,80,rynek-pracy>. Dostęp: 21.04.2015.

² http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/2008842?fbclid=IwAR1Gm6WmYCDN8lqQQXrl_6i0QoysAFA2136lr519gbdP5FZjPwApCrrrU0A.

Wykres. Wskaźnik zatrudnienia osób z niepełnosprawnościami



Źródło: *Strategia na rzecz osób z niepełnosprawnościami 2021–2030* (M.P. z 2021 r. poz. 2018).

W związku z danymi, potwierdzającymi niską aktywność zawodową osób z niepełnosprawnościami w Polsce, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) rozpoczął realizację projektu pt. *Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy*. Model³ ten oparty jest na trzech modułach:

- 1) zawodowym – mającym na celu ułatwienie osobie z niepełnosprawnościami uzyskanie nowego zawodu i utrzymanie odpowiedniego zatrudnienia;
- 2) psychospołecznym – mającym na celu przywrócenie motywacji uczestnika projektu do powrotu do pracy i przygotowanie go do uczestnictwa w życiu społecznym;
- 3) medycznym – mającym na celu przywrócenie utraconych funkcji lub ich odtworzenie, w jak największym, możliwym do osiągnięcia stopniu.

Moduł zawodowy łączy doradztwo zawodowe (indywidualne sesje z doradcą zawodowym), warsztaty wsparcia w wejściu oraz funkcjonowaniu na rynku pracy wraz ze szkoleniem zawodowym i przygotowaniem do zawodu. Wsparcie doradcy zawodowego polega na wyborze nowego zawodu dostosowanego do obecnych możliwości uczestnika oraz jego zainteresowań, a także atrakcyjnego dla pracodawców. Doradca zawodowy określa również, czy uczestnik nie powinien wziąć udziału w dodatkowych zajęciach, np. z zakresu matematyki czy języka obcego lub też skorzystać z kursu obsługi komputera.

³ https://rehabilitajakompleksowa.pfron.org.pl/fileadmin/Projekty_UE/Kompleksowa_rehabilitacja/MODEL/Model_kompleksowej_rehabilitacji_listopad_2019.pdf?utm_campaign=pfron&utm_source=df&utm_medium=download. Dostęp: 13.07.2022.

Najważniejszym elementem jest szkolenie zawodowe, które odbywa się w Ośrodku Rehabilitacji Kompleksowej (ORK). Istnieje również możliwość odbycia szkolenia w innym miejscu współpracującym z danym ośrodkiem. Szkolenie kończy się egzaminem końcowym i wydaniem uznawanego na rynku pracy certyfikatu.

Projekt jest skoncentrowany na module zawodowym, jednak znaczącą rolę posiada również moduł psychospołeczny. W procesie powrotu na rynek pracy, po wcześniejszym braku aktywności zawodowej, w sposób naturalny może wystąpić brak pewności siebie i obniżone poczucie własnej wartości. W związku z tym twórcy projektu przewidzieli możliwość współpracy uczestnika z psychologiem, którego celem jest wzmocnienie motywacji do zmiany sytuacji życiowej i przekonanie o skutecznym powrocie do pracy. Psycholog pracuje z uczestnikiem indywidualnie, ale też odbywają się sesje grupowe z innymi uczestnikami. Jest dostępny również dla osób najbliższych uczestnikowi (rodzina, przyjaciele, bliscy i znajomi), jeśli okaże się to pomocne, aby stać się aktywnym zawodowo.

Moduł medyczny ma na celu wsparcie zdrowotne uczestnika w sposób, który ułatwi podjęcie pracy. W Indywidualnym Programie Rehabilitacji zostaje określona forma terapii leczniczej wraz z liczbą zabiegów i niezbędnymi lekami. Przynajmniej co dwa tygodnie lekarze z zespołu rehabilitacyjnego dokonują oceny stanu zdrowia. W razie potrzeby ocena ta może być dokonywana częściej.

Rehabilitacja kompleksowa jest realizowana w Ośrodkach Rehabilitacji Kompleksowej. W chwili obecnej (2022 r.) są to ośrodki zlokalizowane w Wągrowcu (woj. wielkopolskie), Grębiszewie (woj. mazowieckie), Nałęczowie (woj. lubelskie) i Ustroaniu (woj. śląskie). ORK znajdują się w miejscach położonych z dala od dużych miast, w otoczeniu natury i środowiska przyrodniczego sprzyjającego powrotowi do zdrowia.

Rehabilitacja, prowadzona przez zespół rehabilitacyjny i skoncentrowana na module zawodowym, odbywa się poprzez indywidualne podejście do uczestnika. Rozpoczyna się od dokładnej analizy przez specjalistów w dziedzinie medycyny, psychologii, rehabilitacji i doradztwa zawodowego i na tej podstawie zostaje stworzony Indywidualny Program Rehabilitacji (IPR) dostosowany do potrzeb uczestnika. W IPR zostaje określony szczegółowy cel rehabilitacji i dostosowane do niego działania (np. kursy, szkolenia, zabiegi, konsultacje ze specjalistami) oraz harmonogram działań i sposób oceny efektów. Ważnym elementem jest przygotowywanie IPR we współpracy z uczestnikiem, który ma możliwość wniesienia do niego własnych uwag, a w przypadku gdy zaplanowane działania okażą się niewłaściwe, możliwe jest dokonanie zmian w IPR w uzgodnieniu z uczestnikiem po akceptacji zespołu rehabilitacyjnego⁴.

⁴ Ibidem.

Kompleksowa Rehabilitacja zakłada minimalny udział uczestnika w 80% zajęć przewidzianych w Indywidualnym Programie Rehabilitacji. W przypadku większej liczby nieobecności należy podać przyczyny absencji. Jeśli stan zdrowia stał się powodem utraty jedyne go źródła utrzymania, uczestnik ma możliwość złożenia wniosku o przyznanie stypendium rehabilitacyjnego, które wynosi maksymalnie 120% zasiłku dla bezrobotnych, jednak jego ostateczna wysokość jest uzależniona od frekwencji na zajęciach.

Czas trwania rehabilitacji kompleksowej to średnio około 5–6 miesięcy. Zajęcia odbywają się w dni robocze w godzinach od 8.00 do 18.00, ale nie dłużej niż 8 godzin dziennie. W ciągu pierwszych dwóch tygodni uczestnik ma możliwość rezygnacji z dalszego pobytu bez konieczności zwrotu kosztów⁵.

Bardzo istotnym elementem jest fakt, że po zakończeniu procesu rehabilitacji kompleksowej uczestnik ma zagwarantowane wsparcie doradcy zawodowego i psychologa do momentu podjęcia zatrudnienia lub założenia własnej działalności gospodarczej i przez minimum trzy miesiące po podjęciu zatrudnienia.

Koncentracja na module zawodowym, przy jednoczesnym realizowaniu dwóch pozostałych modułów, wynika z faktu, że podstawowym celem rehabilitacji kompleksowej jest możliwość uzyskania zatrudnienia lub podjęcia własnej działalności gospodarczej przez uczestnika.

Pobyt w Ośrodku Rehabilitacji Kompleksowej może się odbywać w formule stacjonarnej, czyli przez cały okres rehabilitacji uczestnik przebywa w ośrodku. Jest to najczęściej stosowana przez uczestników forma pobytu. Jednak istnieje również możliwość pobytu w formule niestacjonarnej, przewidziana głównie dla tych uczestników, którzy mieszkają w miejscowościach zlokalizowanych nieopodal siedziby ośrodka.

Dla osób przebywających w formule stacjonarnej zapewniono:

- noclegi w pokojach 1-osobowych oraz pełne wyżywienie (trzy posiłki dziennie) z uwzględnieniem indywidualnych zdrowotnych potrzeb żywieniowych (np. dieta bezglutenowa);
- zwrot kosztów dojazdu do ośrodka z miejsca zamieszkania;
- możliwość odwiedzin rodziny – 6 dwudniowych wizyt.

Dla osób uczestniczących w formule niestacjonarnej:

- wyżywienie z uwzględnieniem indywidualnych zdrowotnych potrzeb żywieniowych;
- zwrot kosztów dojazdu do ośrodka z miejsca zamieszkania oraz zwrot kosztów powrotu (bilet miesięczny).

Przewidziano również możliwość przebywania w ośrodku z dziećmi, co jest zupełnie nowatorskim podejściem do problematyki rehabilitacji na gruncie polskim.

⁵ Ibidem.

Dzieci uczestników w wieku do lat 7 mają zapewnione wyżywienie, a także opiekę przedszkolną na koszt ORK.

Kwalifikacja do projektu odbywa się na bazie ustalonych kryteriów w dokumencie pt. *Model rehabilitacji kompleksowej*⁶. Są nimi:

- naruszenie sprawności organizmu w stopniu, który ogranicza zdolność do pracy w dotychczasowym zawodzie, ale jednocześnie pozwala na uczestniczenie w rehabilitacji;
- pozytywne rokowanie w zakresie przywrócenia aktywności zawodowej i uzyskania poprawy aktywnego i twórczego funkcjonowania w rodzinie i społeczeństwie;
- motywacja osoby niezdolnej do pracy do pełnego uczestnictwa w życiu zawodowym i społecznym;
- aktywny udział samego zainteresowanego od początku tego procesu, co jest wyrazem samostanowienia potrzebnego do osiągnięcia pozytywnego celu rehabilitacji i upodmiotowienia osoby w procesie rehabilitacji.

Zgłoszenia do projektu:

Aby wziąć udział w projekcie, należy wypełnić formularz zgłoszeniowy oraz wniosek o kompleksową rehabilitację. Dokumenty są dostępne na witrynie internetowej PFRON pod adresem: www.pfron.org.pl. Następnie wypełnione dokumenty przesyła się na adres:

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
ul. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa,
z dopiskiem „kompleksowa rehabilitacja”.

Istnieje również możliwość zgłoszenia udziału w projekcie za pośrednictwem oddziałów regionalnych PFRON, które są zlokalizowane w każdym województwie.

⁶ Ibidem.

Pomoc niepełnosprawnym uchodźcom z Ukrainy za pośrednictwem Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych stara się udzielać pomocy osobom niepełnosprawnym w sytuacjach klęsk żywiołowych. W czasie pandemii COVID-19 pojawił się program wsparcia dedykowany osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku epidemii. W lutym 2023 r. przez województwo lubuskie przeszła bardzo gwałtowna wichura, co spowodowało, że PFRON uruchomił program wsparcia w związku z klęską żywiołową.

W lutym 2022 r. władze Federacji Rosyjskiej podjęły haniebną decyzję o ataku na Ukrainę, w związku z czym do naszego kraju przybywa bardzo wiele osób z Ukrainy. Wśród tych osób są również osoby niepełnosprawne. W sytuacji napływu uchodźców z Ukrainy PFRON uruchomił program pod nazwą „Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością”.

Program dzieli się na 3 podstawowe moduły: moduł I, moduł II i moduł III. Moduł I jest skierowany tylko do samorządów powiatowych. Zakłada finansowanie beneficjentom wymaganego udziału własnego w zakupie lub naprawie wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. Moduł II dotyczy już nie tylko samorządów powiatowych, ale także samorządów gminnych i wojewódzkich. To jest finansowanie kosztów poniesionych przez samorzady w związku z uruchomieniem dodatkowego wsparcia dla beneficjentów. Moduł III jest dedykowany organizacjom pozarządowym, wspiera finansowanie realizacji zadań służących zapewnieniu wsparcia beneficjentom.

Pomoc finansowa dotyczy kosztów poniesionych w momencie wybuchu wojny na Ukrainie, czyli od 24 lutego 2022 r. Założmy, że jakiś samorząd czy organizacja samorządowa składa wnioszek 12 maja – pomoc finansowa należy się zatem od pierw-

^a Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Oddział Zielona Góra.

szego dnia wojny, czyli od 24 lutego, a nie od daty złożenia wniosku 12 maja. Wpisano uszczegółowienie dotyczące tego, że w module I wnioski o pomoc finansową składa się w samorządach powiatowych, czyli o wymaganym udziale własnym w zakupie lub naprawie wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, wskazanym w rozporządzeniu ministra zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. Mówimy np. o protezach, ortezach, specjalnych wózkach inwalidzkich, które są finansowane w ramach rozporządzenia. Zapotrzebowania w module I, czyli wnioski, składają tylko powiaty. Mamy już kilka powiatów, które złożyły wnioski do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w oddziale Zielona Góra.

Kto jest beneficjentem pomocy? Oczywiście, że niepełnosprawny uchodźca z Ukrainy, którego pobyt w Polsce jest legalny. Wynika to z niedawno uchwalonej ustawy o pomocy uchodźcom z Ukrainy. Osoby te muszą posiadać dokument potwierdzający I lub II stopień niepełnosprawności wydany w ramach ukraińskiego systemu orzekania o niepełnosprawności; dotyczy to osób pełnoletnich i małoletnich. Chciałem tutaj doprecyzować, że Polska prawnie nie może uznawać orzeczeń ukraińskich czy z innych krajów. PFRON uznaje tego typu oświadczenia osób niepełnosprawnych z Ukrainy. Mówiąc krótko, orzeczeń ukraińskich nie uznajemy, ale uznajemy, iż osoby niepełnosprawne posiadają tego typu orzeczenia. Wynika to z możliwości prawnych, które nie pozwalają, żeby uznawać system orzecznictwa obowiązujący w innych krajach. Polska jest członkiem wielu organizacji międzynarodowych, należy do Unii Europejskiej i prawnie nie może uznać 26 innych systemów orzekania. Były w tej sprawie zapytania i taką interpretację otrzymaliśmy z urzędu wojewódzkiego.

Oczywiście są też sytuacje, że niepełnosprawny uchodźca z Ukrainy może nie posiadać żadnego dokumentu. Słyszeliśmy o sytuacji, że osoba w wyniku działań wojennych musiała nagle opuścić swoje mieszkanie, zabierając ze sobą jedynie torbę i nic więcej. Wówczas po oświadczeniu, o którym mówiłem, uznajemy, że po pierwsze, dana osoba potwierdza oświadczeniem, że ma orzeczenie o niepełnosprawności, po drugie potwierdza posiadanie dokumentu potwierdzającego swój stan zdrowia. W związku z tym, tego typu przypadki PFRON też przewidział.

Moduł II to pomoc udzielana przez samorządy powiatowe, wojewódzkie i gminne również organizacjom pozarządowym, czyli zlecenia realizacji zadań publicznych. Organizacje pozarządowe w ramach modułu II mogą wnioskować do powiatu, na terenie którego funkcjonują, o finansowanie takich działań. W module II zapotrzebowania składają tylko samorządy wojewódzkie, powiatowe i gminne. Beneficjentami są te same osoby, co w module I, przy czym w module II istnieje możliwość, iż mogą to być też osoby towarzyszące osobom niepełnosprawnym z Ukrainy. Podobna możliwość funkcjonuje w module III.

Moduł III, czyli pomoc finansowa udzielana organizacjom pozarządowym. Organizacje pozarządowe wnioskuje bezpośrednio do PFRON, gdzie utworzono specjalną skrzynkę mailową. Wnioski składają elektronicznie, czyli mogą to zrobić z własnej siedziby, nie muszą nigdzie się przemieszczać. Mamy już wnioski z organizacji pozarządowych złożone do oddziału w Zielonej Górze. W module III, tak jak w poprzednim, mówimy o osobach, których pobyt jest legalny, które mają wydane orzeczenia lub wypisały oświadczenia o posiadaniu takich orzeczeń lub oświadczenia o posiadaniu dokumentów potwierdzających orzeczenia i o osobach towarzyszących. Za osobę towarzyszącą uznaje się zarówno najbliższych członków rodziny, jak i osoby, które zapewniają wsparcie osobom, które przybyły – to może być sąsiad, przyjaciel lub osoba z dalszej rodziny.

W module III pierwszy nabór wniosków – trwa w trybie ciągłym – dotyczył prowadzenia ośrodków recepcyjnych dla niepełnosprawnych uchodźców z Ukrainy oraz osób im towarzyszących na terenie województw podkarpackiego i lubelskiego. Po wybuchu wojny na Ukrainie PFRON podjął działania, żeby organizacje pozarządowe, które działają w dwóch newralgicznych województwach, czyli w województwie podkarpackim i lubelskim, otrzymały finansowe wsparcie na realizację zadań. Wiele organizacji pozarządowych z województwa podkarpackiego i lubelskiego złożyło wnioski w trakcie pierwszego naboru. W ramach drugiego naboru również składają wnioski o pomoc finansową.

Fundusz jest bardzo zaangażowany nie tylko w realizację programu dedykowanego osobom niepełnosprawnym z Ukrainy, ale także w proces relokacji czy lokacji niepełnosprawnych uchodźców z Ukrainy. Dzięki staraniom naszego oddziału, ulokowaliśmy grupę uchodźców w Stowarzyszeniu Pomocy Osobom Autystycznym „Dalej Razem” w Mińsku Mazowieckim. Niestety brakowało tam terapii dla osób z autyzmem, w związku z czym poproszono nas, aby przenieść te osoby w inne miejsce. Ulokowaliśmy też grupę osób z Doniecka, które trafiły do Polskiego Stowarzyszenia na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną w Gorzowie Wielkopolskim. Od wybuchu wojny współpracujemy z Lubuskim Urzędem Wojewódzkim. Mamy nadzieję, że wojna zakończy się jak najszybciej, czego wszyscy sobie życzymy.

Bardzo dużo osób niepełnosprawnych, które do nas przybywają, to osoby z ciężkimi niepełnosprawnościami, bardzo poważne przypadki. Zdarza się, że całe ośrodki przenoszą się do Polski. Ośrodek osób z niepełnosprawnościami z Mikołajewa przeniósł się do Polski, kiedy toczyły się tam najintensywniejsze działania wojenne. Z Ukrainy przybyły ponad 3 miliony osób, a wśród nich kilka tysięcy osób niepełnosprawnych.

Trzeba mieć świadomość, że każdy kto musi uciekać czy w jakikolwiek sposób przemieścić się z kraju objętego wojną, może potrzebować jakiejś formy terapii. Należy się liczyć z tym, że wiele z tych osób będzie potrzebowało wsparcia, względnie terapii psychologa czy psychologa terapeuty.

Wsparcie instytucjonalne osób z niepełnosprawnościami na przykładzie działalności Środowiskowego Domu Samopomocy nr 3 „Arkadia” w Zielonej Górze

1. Wprowadzenie

Mówiąc o działalności Środowiskowego Domu Samopomocy nr 3 „Arkadia” w Zielonej Górze, nie sposób nie wspomnieć o organizacji samej placówki i jej uregulowań. Warto jednak najpierw przedstawić organizację Środowiskowych Domów Samopomocy na terenie kraju, a potem działalność ośrodka w Zielonej Górze. Sieć ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi rozwija się w naszym kraju od lat 90. XX w. Z danych uzyskanych z Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej wiemy, że na koniec 2021 r. istniały 852 Środowiskowe Domy Samopomocy, które wspierały prawie 32 tys. osób w powiatach i gminach. W województwie lubuskim funkcjonują 34 Środowiskowe Domy Samopomocy, oferując łącznie 994 miejsca dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Ostatni dom, który powstał, to ośrodek w Zielonej Górze w powiecie żagańskim.

Na terenie województwa lubuskiego funkcjonują w większości tzw. domy wielotypowe. Jedynie 4 placówki mają jednorodny profil – A i B. Środowiskowy Dom Samopomocy nr 3 „Arkadia” powstał w wyniku przekształcenia ośrodka terapii zajęciowej o tej samej nazwie i rozpoczął swoją działalność 1 grudnia 2020 r. Można powiedzieć, że jesteśmy w zasadzie najmłodszy stażem. Niemniej jednak w ramach przejścia większość uczestników nadal funkcjonuje w naszym ośrodku.

^a Środowiskowy Dom Samopomocy nr 3 „Arkadia” w Zielonej Górze.

W zależności od rodzaju dysfunkcji, rodzaju niepełnosprawności uczestników, Środowiskowe Domy Samopomocy dzielimy na 4 typy:

- typ A – dla osób przewlekle psychicznie chorych;
- typ B – dla osób upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim, znacznym i umiarkowanym, a także dla osób z lekkim upośledzeniem umysłowym, gdy występują jeszcze inne zaburzenia, zwłaszcza neurologiczne;
- typ C – dla osób wykazujących inne przewlekle zaburzenia psychiczne, w tym np. osobowości;
- typ D – najmłodszy stażem, świeżo utworzony przed kilkanaście laty, dla osób ze spectrum autyzmu lub niepełnosprawnościami sprzężonymi. Był niezwykle potrzebny, ponieważ to wyodrębnienie posłużyło lepszej organizacji pracy. W domach typu D mamy wyższy wskaźnik zatrudnienia, czyli 1 terapeuta w kontakcie dla 3 osób.

Podstawy prawne, które regulują działalność naszych instytucji:

- ustawa o pomocy społecznej;
- ustawa o ochronie zdrowia psychicznego;
- ustawa o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, która wniosła wiele dobrego dla domu typu D;
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 10 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów;
- wiele wewnętrznych regulujących dokumentów, jakimi są statut oraz regulamin organizacyjny, a także programy działalności. Trzeba zaznaczyć, że każdy dom musi mieć odrębny program dla danego typu domu, jak również plan pracy jednostki na każdy rok.

2. Kto może prowadzić taką placówkę?

Prowadzenie Środowiskowych Domów Samopomocy jest zadaniem zleconym przez administrację rządową i realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego szczebla gminnego, jak również powiatowego. Zarówno gmina, jak i powiat mogą powierzyć prowadzenie placówki organizacji pozarządowej wyłonionej w drodze konkursu. Nie zmienia to oczywiście charakteru miejsca, ponieważ zadanie to pozostaje zadaniem publicznym. Działalność placówek finansowana jest z budżetu wojewody oraz budżetu rządu poprzez przekazywanie dotacji celowej. Kwota dotacji ustalana jest w miesiącu, w ujęciu miesięcznym, i jest w bezpośredni sposób związana z liczbą osób korzystających z usług ośrodka. Od stycznia 2022 r. stawka wynosi 1 940 zł na jednego uczestnika. W przypadku osób w domach typu D dotacja ta może być zwiększona maksymalnie o 30% i wynosić 2 522 zł. Do końca maja ubiegłego roku w naszych jednostkach obowiązywała odpłatność, która była uzależniona

od dochodu w rodzinie czy samego uczestnika, jeśli to było gospodarstwo jednoosobowe. Rodziny osób niepełnosprawnych są wdzięczne za to rozwiązanie, że mogą nieodpłatnie umieszczać swoich podopiecznych, uczestników, członków rodzin w tychże instytucjach.

Warto powiedzieć, jak wzrastała dotacja na finansowanie ośrodków. W 2002 r. stawka wynosiła około 300 zł. Od stycznia 2022 r. stawka wynosi 1 940 zł na jednego uczestnika. W roku 2021, kiedy czekaliśmy na zmianę kryterium dochodowego w pomocy społecznej, co jest podstawą do zmiany naliczenia subwencji za uczestnika, okazało się, że podwyżki oraz rachunki za media uszczupliły mocno nasz budżet.

3. Jak można ubiegać się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy

Osoba zainteresowana musi złożyć wniosek z prośbą o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy i dołączyć orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, dodatkowo zaświadczenie wydane przez lekarza psychiatrę lub neurologa (2 specjalności) o występujących zaburzeniach psychicznych. Druki zostały zmienione, udoskonalone, co ułatwia pracę zespołu wspierająco-aktywizującego. Kolejnym dokumentem jest zaświadczenie od lekarza rodzinnego o stanie zdrowia, o braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach oraz o sprawności w zakresie lokomocji tych osób. W zaświadczeniach tych pojawia się już wskazanie lekarzy, do jakiego typu ośrodka kierują czy opiniują daną osobę. Wskazane dokumenty są składane w ośrodku pomocy społecznej w miejscu zamieszkania danej osoby. Służby socjalne w osobach pracowników socjalnych przeprowadzają wywiad w środowisku rodzinnym danej osoby, analizują zebraną dokumentację i wystawiają decyzję administracyjną przyznającą pobyt. Pierwsze decyzje przyznaje się na 3 miesiące. Specjaliści z zespołu wspierająco-aktywizującego mają możliwość prowadzenia obserwacji uczestnika, zapoznania się z rodziną, z opiekunami – bardzo często są to opiekunowie prawni osób, które są ubezwłasnowolnione. Po 3 miesiącach, kiedy zarówno środowisko rodzinne, jak i uczestnik ma ochotę przedłużyć pobyt, zespół wspierająco-aktywizujący proponuje mu indywidualny plan postępowania wspierająco-aktywizującego i na tej podstawie zostaje wydana kolejna decyzja. Decyzje mogą być roczne, czasem w gminach spotykamy takie przypadki, że i dwuletnie. Z kolei raz na pół roku musi być dokonana forma oceny, opinii, postępów danego uczestnika i ewentualnie plan ulega weryfikacji. W przypadku braku postępów w procesie rehabilitacji decyzje mogą być przedłużane, a w przypadku znaczących postępów staramy się kierować uczestników do innych form, czyli na warsztaty terapii zajęciowej, które są dedykowane jako kolejny szczebel, bądź do usamodzielnienia czy do pracy.

4. Działalność Środowiskowego Domu Samopomocy nr 3 „Arkadia” w Zielonej Górze

Nasz dom to dom typu B i D. Obecnie posiadamy 30 miejsc statutowych, ale na zajęcia uczęszczają do nas 33 osoby. Na miejsce w Środowiskowym Domu Samopomocy oczekuje 10 osób. Pracujemy od godziny 7:15 do 15:15. Przez co najmniej 6 godzin nasi podopieczni uczestniczą w różnego typu zajęciach. Wszystkie zajęcia są dobrowolne. Jeżeli uczestnik z jakichś powodów nie ma ochoty uczestniczyć w zajęciach i w trakcie rozmowy terapeutycznej nie udaje się go przekonać do udziału, to dajemy mu możliwość bycia obserwatorem. Chcemy, żeby sam doświadczył emocji związanych z zajęciami i sam – bez przymusu – zdecydował się na udział w danych zajęciach. Organizujemy dowóz uczestników do ośrodka i do domów.

Kadra naszego ośrodka liczy obecnie 12 osób: psycholog, pedagog, terapeuta, fizjoterapeuta, starszy instruktor terapii zajęciowej, dwóch instruktorów terapii zajęciowej, instruktor terapii, opiekun, sprzątaczką, główny księgowy, kierownik. Wszyscy pracownicy merytoryczni wchodzi w skład zespołu wspierająco-aktywizującego. Nasi podopieczni to 12 kobiet i 21 mężczyzn. Przedział wiekowy tworzą osoby między 31. a 40. rokiem życia, obecnie najstarszy uczestnik ma 51 lat. Prowadzone są: treningi umiejętności interpersonalnych i rozwiązywania problemów komunikacyjnych, w tym z wykorzystaniem alternatywnych form komunikacji, jak również z logopedycznymi zajęciami różnego typu; trening spędzania czasu wolnego, trening radzenia sobie ze stresem; trening funkcjonowania w życiu codziennym poprzez treningi nauki higieny, trening dbałości o wygląd zewnętrzny, trening kulinarny, porządkowy, gospodarowania środkami finansowymi; terapia zajęciowa; socjoterapia, artyterapia, ergoterapia, muzykoterapia, choreoterapia, biblioterapia, teatroterapia, kinoterapia, kinezyterapia, zajęcia edukacyjne w ośrodku w niskofunkcjonującej grupie, zajęcia z ogrodnictwa, trening kulinarny, rysowanie, zajęcia fizyczne, ogrodnictwo, pracownia stolarska, trening budżetowy.

Nasi podopieczni przygotowują też różnego rodzaju występy, m.in. z okazji Świąt Wielkanocnych. W ostatnim występie wzięło udział 17 osób z różnymi dysfunkcjami – niemówiące, niedosłyszące oraz osoba niewidząca. Występ był genialny. Świętujemy różne uroczystości, np. okrągłe jubileusze urodzin, każde urodziny uczestników. W naszym ośrodku powstają prace plastyczne bardzo pracochłonne i czasochłonne. Uczestnicy poświęcają wiele energii i zaangażowania w każdą pracę, gdy usłyszą, jakie jest jej przesłanie, gdzie ta praca będzie pokazywana. Bardzo cieszy naszych uczestników możliwość zaprezentowania swoich prac plastycznych na wystawie czy udział w konkursie. Zapraszam do obejrzenia prac plastycznych powstałych w „Arkadii”, które zostały przywiezione na wystawę do Gorzowa Wielkopolskiego.

5. Podsumowanie

Widząc potencjał pracowników, potrzeby środowisk rodzinnych i uczestników, postanowiliśmy wspólnie założyć Stowarzyszenie Przyjaciół SDS „Arkadia” działające na rzecz naszego domu. Mamy potencjał – w sumie 45 osób. Komitet założycielski liczył 31 osób, w tym byli przedstawiciele środowisk rodzinnych i pracownicy „Arkadii”. Złożyliśmy wniosek na pierwszy projekt, a że jesteśmy bardzo świeżym stowarzyszeniem, to po prostu czekamy na możliwość uczestniczenia w różnych projektach. Na koniec chciałabym zadedykować wszystkim wiersz Jana Twardowskiego „Samotność”.

Zakończenie

Polska XXI wieku – wyzwania demograficzne, które musimy dokładnie poznać, aby racjonalnie zagospodarować zasoby kapitału społecznego i ludzkiego, jakim będziemy dysponować. Ubytek ludności w wieku produkcyjnym i przedprodukcyjnym w Polsce to wielkie wyzwanie dla zatrudnienia, rynku pracy oraz rozwoju państwa. Niewykorzystane zasoby pracy w Polsce to głównie osoby niepełnosprawne, które z powodu niepełnosprawności nie mogą uzyskać zatrudnienia. W Polsce wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych nigdy nie przekraczał 30% tej populacji, mimo działania PFRON oraz wdrożenia wielu programów aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych. Nie zwiększa się udział osób niepełnosprawnych uzyskujących zatrudnienie, pomimo wysokich nakładów publicznych na organizację i tworzenie miejsc pracy dla osób niepełnosprawnych. Finansowanie zatrudnienia niepełnosprawnych z funduszy publicznych nie realizuje tego zadania. Wadliwym rozwiązaniem w polityce zatrudnienia osób niepełnosprawnych jest finansowe wspieranie pracodawców, a nie osób niepełnosprawnych. Otrzymują oni za zatrudnienie niepełnosprawnych wysokie wynagrodzenia z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. System wspierania pracodawców osób niepełnosprawnych funkcjonuje od kilku dekad. Jest rozbudowany i utrwalony przez struktury: zarządcze, administracyjne, prawne, wykonawcze, szkoleniowe, usługowe, a także nadzorcze. Aparat administracyjny pochłania znaczne fundusze, które nie mają wpływu na kwalifikacje i zatrudnienie, na pozycję zawodową i dochody osób niepełnosprawnych. W związku ze zmianami demograficznymi konieczne jest odejście od praktyki utrwalonej przez lata, a w istocie szkodliwej dla osób niepełnosprawnych. Podstawowym zadaniem PFRON musi być wspieranie zdrowia oraz inwestowanie w potencjał kapitału ludzkiego i społecznego osób niepełnosprawnych. Wykonanie tego zadania wobec osób niepełnosprawnych pozwoli na osiągnięcie celu, jakim jest włączenie osób niepełnosprawnych do pracy zawodowej i życia społecznego. Wymaga to przyjęcia innej zasady wydatkowania środków finansowych PFRON niż obecnie praktykowana i utrwalona. Fundusze publiczne powinny być przekazywane na cele: edukacji ogólnej, zawodowej, wychowania, ochrony zdrowia i rehabilitacji osób niepełnosprawnych, tzn. na wszystkie działania związane z inwestowaniem w zdrowie, sprawność, kapitał ludzki i kapitał społeczny osób niepełnosprawnych. Osoby

niepełnosprawne powinny otrzymać istotne wsparcie na ochronę ich zdrowia i sprawność, edukację ogólną i zawodową oraz przygotowanie do życia w społeczeństwie. W Państwowym Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych trzeba odwrócić porządek dysponowania wielomiliardowymi nakładami, tak aby środki przeznaczone były na pomoc osobie niepełnosprawnej, a nie, jak ma to miejsce obecnie, przedsiębiorcy, który korzysta z pracy osoby niepełnosprawnej. Finansowanie inwestycji w zdrowie, w kapitał ludzki i społeczny zapewni osobom niepełnosprawnym uzyskanie kwalifikacji, co pozwoli na wolny wybór zawodu, pracodawcy i miejsca pracy. Pozwoli też racjonalnie wykorzystywać zasoby kapitału osób niepełnosprawnych oraz poprawi ich sytuację na rynku pracy i w życiu społecznym.

Główna funkcja PFRON została skoncentrowana na pomocy pracodawcom w finansowaniu zatrudnienia osób niepełnosprawnych, co doprowadziło do skrajnej biurokratyzacji i nadmiaru formalnej kontroli. W „pogoni” pracodawców za środkami finansowymi z PFRON zaginęła szlachetna idea wdrożona ponad 100 lat temu przez bł. Elżbietę Różę Czacką w Ośrodku dla Niewidomych w Laskach. „Matka Czacka chciała uczynić z niewidomych ludzi użytecznych społecznie i zawodowo” (M. Żółtowski, *Blask Prawdziwego Światła. Matka Elżbieta Róża Czacka i Jej Dzieło*, Lublin 2005, s. 322). Musimy wrócić do idei wypracowanej w Laskach, gdzie przygotowuje się osoby niewidome do samodzielnego życia. Do samodzielnego życia przygotowuje się także osoby, które poza utratą wzroku mają też inne niepełnosprawności. Towarzystwo Opieki nad Ociemniałymi Ośrodek w Laskach oraz inne placówki związane z Towarzystwem są: „prekursorem nowoczesnych idei w szkoleniu i wychowaniu niewidomych w Polsce”. Idea wypracowana i ugruntowana w Laskach może być wzorem do przygotowania osób niepełnosprawnych do życia społecznego i zawodowego. Zakład w Laskach obok Ośrodka Szkolno-Wychowawczego prowadzi Warsztaty Szkolne oraz Warsztaty Rehabilitacji Zawodowej. Każde dziecko jest indywidualnie przygotowywane do życia zawodowego w takiej specjalności, w jakiej może pracować. Zakład w Laskach może być wzorem do przeprowadzenia zasadniczej zmiany w sposobie przygotowywania dzieci oraz niepełnosprawnych osób dorosłych do życia zawodowego i aktywności społecznej. Nie finansuje się pracodawcy zatrudniającego osobę niepełnosprawną, lecz konsekwentnie inwestuje się w: zdrowie, wychowanie, kształcenie ogólne i zawodowe oraz sprawność zawodową dziecka lub młodego człowieka. Wybór kierunku kształcenia oraz zawodu dostosowany jest indywidualnie do zdolności i możliwości podopiecznego.

prof. dr hab. Józefina Hrynkiewicz
Przewodnicząca Rządowej Rady Ludnościowej
Uniwersytet Warszawski

Aneks tabelaryczny z przeglądem definicji niepełnosprawności

Definicja	Źródło	Tekst jednolity
Osoby niepełnosprawne to osoby, których sprawność fizyczna, psychiczna lub umysłowa trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia życie codzienne, naukę, pracę oraz pełnienie ról społecznych, zgodnie z normami prawnymi i zwyczajowymi	Karta Praw Osób Niepełnosprawnych (par. 1)	M.P. z 13.08.1997 r. Nr 50, poz. 475
Niepełnosprawność oznacza trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy	Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (art. 2 pkt 10)	Dz. U. z 2021 r. poz. 573, 1981
Do osób niepełnosprawnych zalicza się te osoby, które mają długotrwałe naruszoną sprawność fizyczną, psychiczną, 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	Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. (Preambuła pkt E)	Dz. U. z 2012 r. poz. 1169
Niepełnosprawność rozumie się jako wielowymiarowe zjawisko wynikające z wzajemnych oddziaływań między ludźmi odczuwającymi ograniczenia sprawności a ich fizycznym i społecznym otoczeniem	Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia – w skrócie znana jako ICF (wersja polska, s. 242)	Światowa Organizacja Zdrowia, 2009 r.
Osoba ze szczególnymi potrzebami to osoba, która ze względu na swoje cechy zewnętrzne lub wewnętrzne, albo ze względu na okoliczności, w których się znajduje, musi podjąć dodatkowe działania lub zastosować dodatkowe środki w celu przezwyciężenia bariery, aby uczestniczyć w różnych sferach życia na zasadzie równości z innymi osobami	Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (art. 2.3)	Dz. U. z 2022 r. poz. 2240
Orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o niezdolności do pracy traktowane jest na równi z orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności	Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (art. 5)	Dz. U. z 2021 r. poz. 573, 1981
Niezdolną do pracy jest osoba, która całkowicie lub częściowo utraciła zdolność do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu	Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (art. 12.1)	Dz. U. z 2022 r. poz. 504, 1504
W przypadku stwierdzenia naruszenia sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych orzeka się niezdolność do samodzielnej egzystencji	Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (art. 13.5)	Dz. U. z 2022 r. poz. 504, 1504

Monografia zawiera materiały z konferencji *Sytuacja osób niepełnosprawnych. Portret demograficzny, ekonomiczny i społeczny*, która odbyła się 12 maja 2022 r. w Gorzowie Wielkopolskim w ramach III Kongresu Demograficznego. Jej organizatorami byli: Wojewoda Lubuski, Rektor Akademii im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie Wielkopolskim, Rządowa Rada Ludnościowa, Główny Urząd Statystyczny, Polskie Towarzystwo Statystyczne oraz Urząd Statystyczny w Zielonej Górze. Autorzy referatów, które złożyły się na tę publikację, podejmują zagadnienia oceny sytuacji osób niepełnosprawnych w kontekście koncepcji wsparcia społecznego, dostępności do edukacji, nauki, zatrudnienia, usług ochrony zdrowia w warunkach zmieniającej się sytuacji demograficznej, społecznej i ekonomicznej. Szczególną uwagę poświęcono zagadnieniom dostępności instytucji oraz profilaktyki oraz wyzwaniom na przyszłość.

W przygotowanie III Kongresu Demograficznego, którego inicjatorem była Rządowa Rada Ludnościowa, zaangażowali się: Główny Urząd Statystyczny, Polskie Towarzystwo Statystyczne, wojewódzkie urzędy statystyczne, komitety naukowe Polskiej Akademii Nauk, uczelnie, wojewodowie, samorzady, instytuty naukowe oraz administracja rządowa i samorządowa. Konferencje odbyły się we wszystkich miastach wojewódzkich oraz w wybranych powiatach i gminach. III Kongres Demograficzny koncentrował się na ważnych zagadnieniach zmian w sytuacji demograficznej oraz ich konsekwencjach dla rozwoju demograficznego, społecznego i gospodarczego Polski. Program Kongresu obejmował prezentację pogłębionej analizy wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2021, co pozwoliło na szerokie upowszechnienie rzetelnej wiedzy o zmieniającej się sytuacji oraz o konsekwencjach zachodzących zmian demograficznych.

III KONGRES DEMOGRAFICZNY

Polska XXI w. – wyzwania demograficzne

Honorowy Patronat
Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej
Andrzeja Dudy

III Kongres Demograficzny wsparli

Darczyńcy i sponsorzy



Dofinansowano ze środków
Fundacji ORLEN



NARODOWY
BANK POLSKI

Projekt realizowany
z Narodowym Bankiem Polskim
w ramach programu edukacji ekonomicznej

ISBN 978-83-67087-48-3
e-ISBN 978-83-67087-49-0

Egzemplarz bezpłatny