

Wydział Pedagogiki i Psychologii UMCS
Zakład Socjopedagogiki Specjalnej

MARIA CHODKOWSKA

mchodko@onet.eu

*Zmiana społeczna jako kategoria analizy postaw wobec
problemów niepełnosprawności*

Social change as a category of analysis of attitudes towards disability issues

STRESZCZENIE

Przedmiotem analizy są związki pomiędzy zmianą społeczną a postawami wobec osób niepełnosprawnych oraz postawami niepełnosprawnych wobec własnej sytuacji zdrowotnej i jej społecznych konsekwencji. Postawy te są wyraźnie związane z cechami kolejnych typów społeczeństw, tj. społeczności przedindustrialnych i społeczeństwa przemysłowego. Na tej podstawie można prognozować kierunki dalszych przemian postaw wobec niepełnosprawności adekwatnie do megatrendów ponowoczesności.

Przedstawiona w tym opracowaniu analiza wykazała, że dla kształtowania postaw wobec niepełnosprawności, zarówno własnej, jak i innych, ważne są nie tylko zmiany dotyczące tej kategorii osób, ale także szeroko rozumiana zmiana społeczna, która modyfikuje istniejące struktury, tworzy nowe, a przez to zwiększa szanse na znajdowanie w nich pozycji dla ogółu osób i grup społecznych. Te szanse dla osób z niepełnosprawnością są jednak, pomimo dokonujących się zmian, nadal mniejsze w porównaniu z szansami pełnosprawnych o podobnych cechach demograficzno-społecznych i kompetencyjnych. Są one jednak równocześnie coraz większe, co wykazała zawarta w tym opracowaniu analiza postaw wobec problemów niepełnosprawności w społeczeństwach tradycyjnych i przemysłowych. Z kolei analiza megatrendów ponowoczesności potwierdza, że takie tendencje egalitaryzujące i integrujące będą się nadal utrzymywać.

Słowa kluczowe: społeczna zmiana, postawy wobec osób niepełnosprawnych, integracja osób niepełnosprawnych

WPROWADZENIE

Współczesne tendencje rozwojowe społeczeństw o wysokim poziomie cywilizacyjnym mają charakter globalizacyjny. Oznacza to, że rozwiązywanie problemów dotyczących poszczególnych regionów, kategorii i grup musi dokonywać się z uwzględnieniem kontekstu całościowego danego kraju, a nawet świata. Dotyczy to również kategorii osób z niepełnosprawnością, których szanse – zarówno biologiczno-medyczne, jak i społeczne – są integralnie związane z całościową strukturą społeczną. Ta zależność wyraźnie wskazuje, że pedagogika specjalna w rozwiązywaniu swych problemów teoretycznych i praktycznych powinna w większym stopniu szukać nowych inspiracji w teorii socjologicznej. Jednym z zakresów tej teorii, mogących wypełniać takie funkcje, jest teoria zmiany społecznej.

Zmiana społeczna jest podstawową kategorią teorii socjologicznej, uwzględnianie jej perspektywy umożliwi dokonywanie obserwacji, pomiarów i porównań zjawisk, procesów i całych struktur społecznych. Znaczenie to staje się najbardziej widoczne w modelu systemowym społeczeństwa, oznaczającym traktowanie go jako integralnej całości elementów powiązanych wzajemnymi relacjami i wyraźnie oddzielonych od innych całości społecznych. Zmiany mogą dotyczyć tak całości rozumianego systemu społecznego, jak jego części, stanowiąc one różnice „między rozmaitymi następującymi po sobie stanami tego samego systemu” (Sztompka 2005, s. 20).

Rozwój społeczny przebiega w kierunku od izolacji do integracji, która na wysokim poziomie cywilizacyjnym przekształciła się w procesy nazywane ogólnie globalizacją. Pierwotne szczepy, przewyciężając izolację, łączyły się w plemiona, te z kolei przez zespalanie się dawały początek wspólnotom narodowym i państwowym. Ich trwałe związki przejawiają się w uniach państw i regionów coraz bardziej ze sobą powiązanych i wzajemnie uzależnionych. Integracja dotyczy także różnych kategorii funkcjonujących w tych samych strukturach społecznych, rozdzielonych odmiennosiami powodującymi niezrozumienie i oparty na nim lęk przed wzajemnymi kontaktami. Szczególnym przykładem takich procesów wzajemnego zbliżania się na przestrzeni wieków są relacje pomiędzy osobami mieszczącymi się w normach biologicznych oraz różniącymi się od większości odmiennosiami somatycznymi i umysłowymi, tworzącymi ogólną kategorię niepełnosprawnych.

Postawy wobec problemów niepełnosprawności są kształtowane w określonych warunkach społecznych, stąd pełne zrozumienie ich dynamiki wymaga odniesień do teorii socjologicznej, pozwalającej nie tylko diagnozować dotychczasowe mechanizmy i kierunki ich modyfikacji, ale również prognozować dalsze, opierając się na prawidłowościach dotyczących ogólnych trendów rozwoju społecznego. Wśród różnych nurtów tej teorii szczególnie uzasadnione wydają się

odniesienia do socjologicznej teorii zmiany. Należy ona do tych obszarów teorii socjologicznej, które jeszcze w pedagogice specjalnej są zauważane w niewielkim tylko stopniu, a jednocześnie odwołanie się do nich może znacząco wzbogacić sposoby postrzegania problemów pedagogiki specjalnej.

Niniejsze opracowanie stanowi próbę pogłębienia problematyki postaw wobec niepełnosprawności, często podejmowanej w analizach teoretycznych i badaniach empirycznych pedagogów specjalnych, poprzez wzbogacenie jej kontekstem teorii zmiany społecznej. Mieszczą się w niej problemy postaw tzw. zdrowych wobec osób z niepełnosprawnością różnego rodzaju i stopnia oraz postawy samych tych osób wobec własnych ograniczeń i ich skutków. Ukonkretniając, przedmiotem analizy będzie próba odpowiedzi na pytanie, jak zmiana społeczna wpływa na losy jednostek z różnymi ograniczeniami sprawności fizycznej i umysłowej oraz jakie znaczenie ma człowiek niepełnosprawny jako czynnik zmiany społecznej. Na podstawie analizy tych kwestii, jak również ogólnych trendów zmiany społecznej możliwe jest formułowanie wniosków dotyczących dalszych przemian tych postaw, a tym samym konstruowanie strategii działań wspierających ich modyfikację w kierunkach społecznie pożądanych.

SPOŁECZNY KONTEKST POSTAW WOBEC PROBLEMÓW NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Jedną z podstawowych tez pedagogiki specjalnej przyjmuje, że osoba z niepełnosprawnością posiada zarówno określone cechy wspólne z innymi jednostkami mieszczącymi się w tych samych kategoriach wyodrębnianych ze względu na określone pozazdrowotne kryterium (np. płeć, wiek, typ społeczności zamieszkiwanej), jak i cechy swoiste, kształtujące się pod wpływem ograniczeń biologiczno-medycznych, ich rodzaju i nasilenia. Zatem w dążeniu do kształtowania prawidłowych postaw wobec problemów niepełnosprawności ważne jest budowanie świadomości odpowiedzialnej wspólnoty osób pełno- i niepełnosprawnych, opierając się na tym, co ich łączy, przy jednoczesnym stwarzaniu warunków dla lepszego poznawania i rozumienia istoty odmienności, tak by służyły one różnicowaniu, ale nie dzieleniu. Różnicowanie nie zawiera zabarwienia pejoratywnego, jest niezbędne dla wzajemnego rozumienia się i formowania oferty obopólnego wsparcia, natomiast dzielenie to działanie ukierunkowane na wartościowanie, selekcjonowanie, a w konsekwencji – marginalizowanie i wykluczenie.

W pedagogice specjalnej, ale też i w powszechnym odczuciu społecznym akcentowana jest potrzeba odpowiedzialności osób pełnosprawnych za tych, którym ta sprawność została z różnych przyczyn ograniczona. Odpowiedzialność ta najczęściej dotyczy spraw bytowych, w odniesieniu do dzieci – edukacyjnych, w mniejszym stopniu zabezpieczania potrzeb psychicznych i społecznych. W jeszcze mniejszym stopniu bądź nawet wcale w pedagogice specjalnej nie mówi się o odpowiedzialności osób niepełnosprawnych za osoby pełnosprawne – w rodzi-

nie, miejscu pracy, sąsiedztwie, kraju czy świecie. W pewnym stopniu znajduje to potwierdzenie w socjologicznej koncepcji chorego Talcota Parsonsa, zgodnie z którą społeczny wymiar choroby wyraża się między innymi zwolnieniem osoby z obowiązków ról uprzednio pełnionych. Odpowiedzialność przypisana jest do normatywnych dymensji ról społecznych, jednak socjologiczna koncepcja choroby zakłada takie zwolnienie z realizacji ról wcześniej pełnionych, a więc i z obowiązków, i z odpowiedzialności, jakie jest konieczne przy danej chorobie i niezbędne dla podejmowania działań ukierunkowanych na przywrócenie możliwie dobrego stanu zdrowia. Niepełnosprawność nie jest wprawdzie tożsama z chorobą, ale ze względu na społeczne dymensje można przyjmować duże podobieństwo tych stanów, a zatem także niepełnosprawność zmienia oczekiwania co do ogółu pełnionych ról życiowych. Jednak niezbędne ograniczenia obowiązków pełnionych ról i wiążącej się z ich wykonywaniem odpowiedzialności jest dopuszczalne tylko w granicach wyznaczonych sytuacją zdrowotną, w tym wymogami terapeutyczno-rehabilitacyjnymi. Wszelkie przekraczanie tych granic, również pod szyldem „dobra” osoby chorej/niepełnosprawnej, jest działaniem zagrażającym podmiotowości tych osób.

Sformułowana wyżej kategoria pojęciowa „świadomość odpowiedzialnej wspólnoty” nie jest więc kolejną konstrukcją językową bez przełożenia na realia życia społecznego. Akcentuje ona znaczenie współodpowiedzialności za interakcje tworzące różne płaszczyzny tego życia, współodpowiedzialności na miarę potrzeb i możliwości każdego z partnerów poszczególnych rodzajów interakcji. Świadomość taka wyraża się w postawach obejmujących gotowość do określonych zachowań, wygenerowaną adekwatną wiedzą oraz pozytywnymi emocjami budowanymi na podstawie przyjmowanego systemu aksjonormatywnego. Dotyczy to postaw w rolach osób niepełnosprawnych oraz postaw wobec tych ról, w tym również wobec konkretnych ich aktorów.

Podobieństwa osób niepełno- i pełnosprawnych tworzą zasadniczą platformę kreowania wzajemnych postaw wyrażających gotowość akceptacji. Dla budowania wspólnoty struktur integracyjnych, opierając się na tym wszystkim, co łączy (bez względu na to co różni, a tym samym mogłoby dzielić), bardzo ważne są podobieństwa cech środowisk, w jakich następuje rozwój jednostkowy: somatyczny, psychiczny, społeczny, w tym kształtowanie postaw wobec siły fizycznej i sprawności. Nie należy wprawdzie przeceniać ich znaczenia dla szans życiowych osób z niepełnosprawnością, ale nie można też tego znaczenia marginalizować. Czasy XIX-wiecznych sporów pomiędzy zwolennikami determinizmu biologicznego i determinizmu kulturowego należą już do odległej przeszłości, w związku z czym nie może być żadnej wątpliwości co do tego, że o losach życiowych jednostki niepełnosprawnej decydują jej cechy osobnicze, przejęte w przekazie genetycznym, a także ukształtowane pod wpływem oddziaływań środowiskowych, również związanych z doświadczaniem niepełnosprawności własnej i innych osób, oraz

cechy środowiska kulturowego, w jakim ona żyje. To podobieństwo społeczno-kulturowe powinno być podstawą procesów integracyjnych tych samych pokoleń kategorii osób z ograniczeniami biologiczno-medycznymi i kategorii osób nieobciążonych takimi uszkodzeniami poszczególnych narządów czy funkcji organizmu. Powinno – bowiem o rzeczywistych szansach integracji decydowało zawsze i nadal decyduje wiele czynników różnej natury: ekonomicznych, prawnych, politycznych, religijno-obyczajowych. Ogół tych czynników wyznacza postawy wobec problemów niepełnosprawności, przejawiające się zarówno w normalizacji warunków kompensujących szanse życiowe niepełnosprawnych, jak i w budowaniu z nimi codziennych pozytywnych interakcji.

ZMIANA SPOŁECZNA A POSTAWY WOBEC OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Postawy kształtują się w procesie wychowania oraz pod wpływem całokształtu nieintencjonalnych przekazów socjalizacyjnych, doświadczeń, przeżyć w różnych kręgach własnego uczestnictwa kulturowego i we wszystkich okresach życia, jakkolwiek dzieciństwo i wczesna młodość w największym stopniu decydują o ich charakterze i trwałości. Kształtowanie postaw jest ważnym mechanizmem funkcjonowania systemu kontroli społecznej wewnętrznej, decydującej o stopniu konformizmu, a tym samym o względnym „bezpieczeństwie” struktur społecznych. Postawy te odnoszą się do wszystkich kwestii ważnych dla społeczeństwa, dla jego przetrwania jednostkowego i gatunkowego, w tym również do wartości i norm dotyczących wzajemnych interakcji. Do tych kwestii ważnych dla społeczeństwa jako całości należy stosunek do „innych”, zwłaszcza tych, których inność może mieć znaczenie dla ogółu.

Taką kategorię „innych” zawsze stanowili niepełnosprawni. W społeczeństwach o niskim poziomie rozwoju technicznego ich „inność” zagrażała w poważnym stopniu bezpieczeństwu militarnemu i ekonomicznemu, dlatego w celu zmniejszenia ryzyka osłabionej obronności lub klęski głodu za niezbędne uznawano ich eliminowanie fizyczne. Jeżeli przeżywali, byli postrzegani jako niepotrzebny balast obciążający zdrowe społeczeństwo, co kształtowało postawy wrogie i jednocześnie lękowe (Chodkowska 1993, s. 140–141). Z upływem czasu zmieniały się podstawy gospodarcze i realia polityczne społeczeństw, stopniowo – chociaż bardzo wolno – modyfikowały się również postawy wobec osób z niepełnosprawnością.

Socjologowie wyodrębniają cztery podstawowe formy życia społecznego, tj. społeczeństwo zbieracko-myśliwskie, rolnicze kopieniackie (nieznające pług), rozwinięte społeczeństwo rolnicze oraz społeczeństwo przemysłowe (Szacka 2003, s. 100–101). Te formy życia społecznego podlegały ewolucyjnym zmianom i rewolucyjnym przeobrażeniom w okresach dużego napięcia zintegrowanych czynników zmiany. Przykładem tych ostatnich mogą być zintensyfiko-

wane odkrycia i wynalazki, współtworzące zmianę kulturową, przekształcającą przed dwustu laty społeczności tradycyjne w nowoczesne społeczeństwa przemysłowe.

Trzy z wymienionych tu czterech typów organizacji społecznej to tzw. społeczeństwa tradycyjne. Obejmowały one najdłuższy etap rozwoju zbiorowych form życia społecznego ludzi, przy czym ich dynamika była znacznie wolniejsza w porównaniu z tempem rozwoju społeczeństw nowoczesnych. Zmiany następowały stopniowo pod wpływem zarówno czynników naturalnych, jak i kulturowych. Dla celów analizy postaw wobec problemów niepełnosprawności zróżnicowanie przedindustrialnych form życia społecznego nie ma większego znaczenia, stąd dalsza analiza będzie zawierała ustalenia diagnostyczne dla dwóch podstawowych typów społeczeństwa, tj. społeczeństwa tradycyjnego i przemysłowego, oraz wskazania diagnostyczno-prognostyczne w odniesieniu do współczesnego społeczeństwa nazywanego przez socjologów późną nowoczesnością, wczesną ponowoczesnością czy najogólniej – ponowoczesnością.

Mianem „tradycyjne” obejmuje się społeczeństwa o różnym poziomie i rodzaju działań produkcyjnych, stanowiących podstawę ich różnicowania. Niezależnie od tych zróżnicowań ogół społeczeństw zaliczanych do tradycyjnych charakteryzuje się zdecydowaną dominacją czynności ukierunkowanych na zdobycie żywności i innych środków zabezpieczających potrzeby somatyczne, głównie ochronę przed opadami atmosferycznymi i niskimi/wysokimi temperaturami, a także bezpieczeństwo jednostkowe i gatunkowe. Społeczeństwa tradycyjne ewoluują od łowców i zbieraczy, poprzez koncentrację na czynnościach związanych z pasterstwem i uprawą roślin, aż do ustabilizowanych form rolnictwa wyznaczającego strukturę społeczeństw bezpośrednio przedindustrialnych.

Wszystkie te wczesne cywilizacje, pomimo odmienności poziomu rozwoju, charakteryzują pewne cechy wspólne, które są istotne dla kształtowania postaw wobec jednostek słabszych ze względu na ułomności fizyczne lub umysłowe. Najważniejsza z nich to oparcie się na sile ludzkich mięśni. Jest ona niezbędna zbieraczom, kopaczom, pasterzom, jak również już osiadłym na stałe rolnikom. Proste narzędzia pomagają zwiększać efekty siły fizycznej tylko w niewielkim stopniu, nie mogą więc kompensować braku sprawności. Osoby niepełnosprawne zostają tym samym wyłączone z udziału w czynnościach zapewniających przetrwanie grupy, a przy niemal wyłączności tego celu – stają się niepotrzebnym obciążeniem dla tych, którzy muszą im zapewniać środki do przeżycia.

Drugi obszar cech o fundamentalnym znaczeniu dla społeczności przedindustrialnych to organizacja obronności, która także opiera się na sile fizycznej. Siła ta jest potrzebna w równym stopniu po to, by udźwignąć maczugę czy miecz, by kopać rowy, czy odgradzać się od wroga kamieniami. Ponadto w społeczeństwach na tych etapach rozwoju nie ma miejsca na indywidualizm. Przetrwanie jednostkowe jest ściśle związane z przetrwaniem grupowym, stąd cele i wartości

indywidualne zostają podporządkowane grupowym. W takiej organizacji ekonomiczno-politycznej i społecznej nie mogło być pozytywnego stosunku do osób, które nie potrafiły wypełniać funkcji najważniejszych dla przetrwania grupy, czyli zdobywania pożywienia i bronięcia wspólnego terytorium. Jednostki obciążone niepełnosprawnością tych wymogów nie spełniały, tym samym stając się balastem utrudniającym realizację fundamentalnych interesów grupowych.

Kolejna cecha charakterystyczna dla społeczeństw przedprzemysłowych to niski poziom wiedzy o świecie przyrody i własnym organizmie. Nieznajomość przyczyn ograniczenia sprawności czy choroby, niezrozumienie ich symptomów i konsekwencji prowadziło do odwoływania się do tego obszaru, który z istoty swej jest do przyjęcia jako nierozpoznawalny ludzkim rozumem, tj. do magii, a następnie do religii. Człowiek od najwcześniejszych form zbiorowego bytowania oddawał hołd siłom, które kojarzył z własnym losem, pomyślność losu odbierał jako wyraz akceptacji ze strony tych sił, a niepomyślność – jako utratę ich akceptacji, karę. Ograniczenia zdrowotne bardzo rzadko były postrzegane w społecznościach pierwotnych jako wyjątkowe znamiona wybrańców bogów, natomiast powszechne było ich traktowanie jako osób ponoszących karę za zło czynione przez nich samych lub przez ich bliskich (Wright 1965, s. 279–280). Utrwalało to stereotypy naznaczające osoby niepełnosprawne piętnem grzesznych i niegodnych, a jednocześnie legitymizowało zachowywanie wobec nich bezpiecznego dystansu.

Społeczności przedindustrialne były na ogół małe, odizolowane, cechowało je podobieństwo wykonywanych czynności tworzących styl pracy, życia rodzinnego, wypoczynku. Taka homogeniczna struktura sprzyjała długotrwałemu utrzymywaniu się nietolerancji wobec „inności”, w związku z czym postawy w stosunku do osób niepełnosprawnych nie mogły ulegać zasadniczym modyfikacjom tym bardziej że okres przedindustrialny charakteryzuje bardzo powolny rozwój wiedzy biologiczno-medycznej i jeszcze wolniejsze jej upowszechnianie.

Brak wiedzy generuje lęk, zwłaszcza lęk przed kontaktami z obiektem, który jest inny od powszechnie obserwowanych prawidłowości. Nieznajomość etiologii i konsekwencji zaburzeń w stanie zdrowia i sprawności uniemożliwiała dokonywanie rozróżnień pomiędzy chorobami dziesiątkującymi ludność w okresach epidemii a tymi symptomami somatycznymi, które były zupełnie bezpieczne dla osobistych styczności. Lęk wzbudzały również kontakty z jednostkami o odmiennej sytuacji zdrowotnej ze względu na kojarzenie ich stanu z piętnem zła, grzechu.

Reasumując, charakter społeczeństw przedindustrialnych sprzyjał zarówno kształtowaniu, jak i długotrwałemu utrzymywaniu się negatywnych postaw wobec osób niepełnosprawnych. Nie dysponowali oni siłą fizyczną, wymagali dzielenia się dobrami, których nie zawsze wystarczało nawet dla tych, którzy je wytwarzali. Byli ponadto inni pod względem sposobu poruszania się, mówienia czy reagowania na bodźce, a zatem wzbudzali lęk. Konsekwencją było odrzucenie

i tego nie był w stanie zmienić nawet wysoki poziom myśli humanistycznej w starożytnej Grecji. Przyjmuje się powszechnie, że postawy wobec niepełnosprawnych ulegały poprawie pod wpływem idei chrześcijaństwa. Z całą pewnością idee te łagodziły wrogość i agresję, ale nie były w stanie przełamywać izolacji osób, które wystarczyło dla własnego zbawienia wesprzeć jałmużną. Można przyjąć, że w takiej właśnie misji przejawiają się pierwsze symptomy dostrzegania użyteczności społecznej osób niepełnosprawnych. Było to jednak ciągle przedmiotowe, instrumentalne ich traktowanie, segregujące i izolujące. Aby odejść od niego, niezbędna była zmiana społeczna obejmująca warunki życia, wytwarzania, dystrybucji oraz wiedza i oparte na niej osiągnięcia cywilizacyjne. Ta zmiana to proces formowania się społeczeństwa industrialnego.

Zmiany, które zadecydowały o nowej jakości społeczeństw industrialnych, objęły wszystkie obszary życia społecznego, gospodarczego i kulturowego. Rozwój techniki umożliwił uwolnienie części energii wytwarzanej siłą ludzkich mięśni. Mechanizacja stopniowo zwiększała wydajność produkcji, w związku z czym znaczna część społeczeństwa mogła być uwalniana od pracy fizycznej w rolnictwie, a z czasem również i w przemyśle. Umożliwiało to różnicowanie czynności stanowiących podstawę zdobywania środków do życia, zwłaszcza w szybko rozwijających się miastach. Większa wydajność oznaczała więcej środków przeznaczonych na przetrwanie grupy, w związku z czym ci, którzy nie mogli pracować, nie stanowili już tak dużego zagrożenia dla jej trwałości. Ale jednak w dalszym ciągu byli dla ogółu obciążeniem, zwłaszcza w okresach kryzysów. Nasilająca się wówczas bieda, a nawet głód, dotyczyła szerokich grup zarówno mieszkańców miast, jak i wsi. Pierwsi sprzedawali własną siłę roboczą za środki często niewystarczające na zaspokojenie nawet podstawowych potrzeb swoich i rodziny, jednocześnie nie mając żadnego zabezpieczenia na czas braku dopływu tych środków w związku z bezrobociem, chorobą czy starością. Drudzy wytwarzali wprawdzie żywność, ale niewielkie arealy ziemi często nie wystarczały na wyżywienie licznych wielopokoleniowych rodzin, ponadto część produktów musiała być przeznaczana na podatki i zakupy tego, co było w gospodarstwie niezbędne, a czego sami wytworzyć nie potrafili. Ludność wiejska migrowała więc do miast, by zapobiec dalszemu rozdrabnianiu gospodarstw, co pogarszałoby i tak już bardzo złą sytuację bytową. W mieście powiększali coraz liczniejsze rzesze proletariatu żyjącego w nędzy. Aby zdobyć środki na przeżycie rodziny, w fabrykach i kopalniach pracowały nawet kilkuletnie dzieci. W tej sytuacji osoby niezdolne do pracy fizycznej nadal uważane były przez pełnosprawnych za balast dodatkowo utrudniający zmaganie się z ciężkim losem. Często w związku z tym trafiali na ulicę lub do przytułków i taka sytuacja utrzymywała się w Europie i Polsce jeszcze do połowy ubiegłego stulecia, jakkolwiek już w jego pierwszych dekadach pojawiają się widoczne zmiany, między innymi we wzroście zainteresowania rehabilitacją i edukacją niepełnosprawnych, zwłaszcza dzieci. Te modyfikacje postaw wobec

niepełnosprawnych wiążą się ze zmianami wprowadzającymi społeczeństwa o wysokim poziomie uprzemysłowienia w erę ponowoczesności. W drugiej połowie XX wieku proces ten bardzo intensywnie przyspiesza, zarówno w krajach o gospodarce wolnorynkowej, jak i scentralizowanej. Te pierwsze mogły znacząco więcej środków przeznaczać na normalizację warunków życia osób niepełnosprawnych, co sprzyjało ich rewalidacji i integracji. Natomiast w krajach Europy Wschodniej, w tym także w Polsce, założenia systemowe utrwały postawy segregacyjnej opiekuńczości państwa, co w konsekwencji prowadziło do społecznej izolacji tych osób w szkołach specjalnych, zakładach pracy chronionej i domach pomocy społecznej.

OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE JAKO CZYNNIK ZMIANY SPOŁECZNEJ

W pedagogice specjalnej częściej rozpatrywane są konsekwencje różnych przejawów zmiany społecznej dla losów osób niepełnosprawnych, rzadko natomiast podejmowane są kwestie ich obecności w strukturach społecznych jako czynnika dokonujących się w nich przemian. Odzwierciedla to wielowiekową historię uprzedmiotawiania tych osób, opartego na postrzeganiu ich jako obciążenia, a nawet zagrożenia dla społeczeństwa tworzonego w większości przez pełnosprawnych. W konsekwencji takich postaw osoby niepełnosprawne były na tyle zdominowane, że aż do ubiegłego stulecia trudno byłoby doszukiwać się ich udziału w charakterze indywidualnego czy grupowego czynnika zmiany społecznej.

Czynnik indywidualny zmiany społecznej oznacza wpływ na struktury społeczne osób pełniących funkcje przywódcze (Giddens 2006, s. 67). W wymiarze globalnym taki wpływ wywierali wielcy przywódcy religijni, polityczni, ale także odkrywcy, wynalazcy, których dokonania zmieniały sposoby postrzegania świata, produkcji, wymiany, konsumpcji. W populacji osób z niepełnosprawnością niewiele było takich postaci, niemniej jednak z pozycji inwalidzkiego wózka najważniejsze dla świata decyzje podejmowali tak prezydent Stanów Zjednoczonych, jak papież. Współczesną naukę rewolucjonizują odkrycia Hawkinga, fizyka niemal zupełnie pozbawionego wpływu na własne funkcjonowanie somatyczne. Jednocześnie coraz więcej jest także osób niepełnosprawnych wśród kreatorów zmian społecznych na miarę własnego środowiska lokalnego, uprawianej dziedziny wiedzy czy sztuki. Podejmują decyzje dotyczące organizacji małych struktur społecznych, coraz częściej pełnią znaczące role, wciąż jednak takich osób jest znacznie mniej niż w populacji pełnosprawnych.

Wśród niepełnosprawnych w ubiegłym stuleciu wyraźnie pojawiają się grupy wywierające szczególnie duży wpływ na zmiany świadomości społecznej. Stanowili je przede wszystkim inwalidzi wojenni na skutek szybko następujących po sobie konfliktów zbrojnych o zasięgu światowym. Zdrowie tracili w obronie

wartości najwyżej cenionych przez społeczeństwo, zmieniając tym samym stereotypy piętnujące ogół osób niepełnosprawnych. Wymagali pomocy medycznej i socjalnej, a ponieważ społeczeństwo zaciągnęło wobec nich dług, duże pieniądze kierowano na kompensowanie konsekwencji uszkodzeń ciała, co umożliwiała rozwój badań naukowych w zakresie medycyny i nauk pokrewnych, ale także nauk technicznych doskonalących rehabilitację i zaopatrzenie ortopedyczne. Aby to było możliwe, zmiany musiały dokonywać się również w polityce społecznej, zdrowotnej, edukacyjnej i w ten sposób niepełnosprawni stawali się grupowym czynnikiem zmiany społecznej.

Czynnikami zmiany postaw w ubiegłym stuleciu stawały się również niepełnosprawne dzieci nie tyle ze względu na swoją aktywność, co przez budzenie wrażliwości społecznej. Masowość przypadków choroby Heinego-Medina oraz drastyczność jej konsekwencji dotyczących całej rodziny, niezależnie od ich poziomu zamożności czy zajmowanej pozycji, uświadamiały niepewność losu i motywowały do poszukiwania rozwiązań ukierunkowanych na pomoc, zwłaszcza medyczną i edukacyjną.

Wiek XX to okres wzmożonego ryzyka niepełnosprawności generowanego przez działania człowieka, takie jak mechanizacja przemysłu i rolnictwa, rozwój farmakologii i motoryzacji. Ofiarami tego ryzyka stawały się często osoby bardzo aktywne, mające już określone sukcesy życiowe. Coraz więcej takich osób pojawiało się w kręgach rodzinnych, sąsiedzkich, zawodowych, a tym samym koniecznością stawało się tworzenie nowych wzorów interakcji. Zmieniał się stereotypowy obraz osoby niepełnosprawnej, przy czym obraz ten w coraz większej mierze zmieniali już sami niepełnosprawni.

PROGNOZY KSZTAŁTOWANIA SIĘ POSTAW WOBEC PROBLEMÓW NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI NA STYKU PÓŹNEJ NOWOCZESNOŚCI I WCZESNEJ PONOWOCZESNOŚCI

Socjologowie używają różnych określeń na oznaczenie współcześnie kształtującej się fazy rozwoju społecznego, najczęściej mówią o późnej nowoczesności lub wczesnej ponowoczesności. Są więc zgodni co do tego, że znajdujemy się na etapie szybkiego konstytuowania się nowych form organizacji społecznej pod wpływem gwałtownego rozwoju wiedzy i możliwości technicznych, przede wszystkim w obszarze komunikacji. Te zmiany struktur społecznych oddziałują na postawy. Łatwo te wpływy zauważyć w takich tendencjach, jak laicyzacja, relatywizm kulturowy młodych pokoleń czy odrzucanie tabu seksualnego. Nowe warunki społeczne stanowią również podłoże przekształcania postaw wobec osób niepełnosprawnych, a także ich postaw wobec własnej sytuacji zdrowotnej i jej konsekwencji. Można przewidywać z dużym prawdopodobieństwem kierunki tych zmian na podstawie analizy cech społeczeństwa ponowoczesnego. Dla peda-

goga specjalnego nie jest to tylko kwestia zaspokajania ciekawości poznawczej, ale przede wszystkim przyjmowania podstaw teoretycznych w celu rozwiązywania problemów praktycznych, tj takiego oddziaływania na budowanie struktur społecznych, by było w nich odpowiednie miejsce dla osób z problemami ograniczeń fizycznych i umysłowych. Odpowiednie, czyli dostosowane do ich rzeczywistych możliwości, uwzględniających optymalny zakres wsparcia, jakie może im być zaoferowane tak przez instytucje, jak i środowisko.

Obecna struktura społeczna państw o wysokim poziomie rozwoju cywilizacyjnego tkwi na pograniczu nowoczesności i ponowoczesności. Ponieważ zmiany postaw to proces stosunkowo wolny, można przyjąć, że wciąż jeszcze dominujące w tych społeczeństwach są postawy charakterystyczne dla osobowości nowoczesnej. Pojęciem tym socjologowie określają typ osobowości ukształtowanej pod wpływem takich procesów społeczeństwa przemysłowego, jak industrializacja, urbanizacja, mobilność społeczna i komunikacja masowa (Inkles 1976, s. 321, za: Sztompka 2005, s. 85).

Na podstawie badań prowadzonych jeszcze w latach 70. ubiegłego stulecia ustalono następujące cechy osobowości nowoczesnej (Sztompka 2005, s. 85–86):

1. Otwartość na nowe doświadczenia, na innowacyjność.
2. Gotowość do akceptowania różnorodności opinii, poglądów, słabnięcie strachu przed innością.
3. Nastawienie w większym stopniu na teraźniejszość i przyszłość niż na przeszłość.
4. Wzrost wiary we własne możliwości co do kreowania swojego życia, a także wpływu na różne kręgi swojego uczestnictwa.
5. Planowanie działań i dążenie do realizacji planów.
6. Zaufanie do przewidywalności życia społecznego umożliwiające to planowanie.
7. Poczucie sprawiedliwości rozdzielczej w odniesieniu do wynagradzania za pracę adekwatnie do umiejętności i wysiłku.
8. Wzrost rangi kształcenia.
9. Szacunek dla godności drugiej osoby, także zajmującej niską pozycję społeczną.

Struktury społeczeństwa nowoczesnego wygenerowały więc osobowość, która poprzez ogólne postawy życiowe realizuje zmiany w nastawieniach do różnych kwestii, także zdrowotnych, co przekłada się na zmiany postaw wobec osób niepełnosprawnych oraz na zmiany postaw tych osób wobec własnych ograniczeń i ich konsekwencji. I tak, otwartość na nowe doświadczenia sprzyja wchodzeniu w interakcje z osobami niepełnosprawnymi i tłumieniu lęku przed ich odmiennością, a coraz bardziej utrwalona postawa szacunku dla drugiego człowieka zabarwia pozytywnie te interakcje i staje się gwarantem ich względnej trwałości. Z kolei dla postaw osób niepełnosprawnych bardzo ważny jest charakterystyczny

dla nowoczesności wzrost wiary we własne możliwości, w skuteczność podejmowanych działań, zaufanie do przewidywalności życia społecznego, umożliwiające stopniowe budowanie własnego życia na zasadzie tego, co jest funkcjonalne, pomimo istniejących ograniczeń. I wreszcie, dla zmiany postaw wobec problemów niepełnosprawności, tak osób pełnosprawnych, jak i z ograniczeniami biologiczno-zdrowotnymi, bardzo ważna jest świadomość rangi wiedzy i kształcenia. Niepełnosprawnych motywuje do sięgania po nowe kompetencje, całe społeczeństwo zaś do tworzenia struktur edukacyjnych umożliwiających kształcenie ogółu społeczeństwa, młodych i starszych (edukacja dorosłych), zdrowych i z ograniczeniami zdrowotno-sprawnościowymi (edukacja integracyjna i specjalna).

Ta krótka charakterystyka cech osobowości nowoczesnej uświadamia, z jakim kapitałem postawotwórczym społeczeństwa współczesne wchodzi w erę ponowoczesności. Z kolei charakterystyka tej ery umożliwia tworzenie prognoz pozwalających przewidywać zmiany postaw, również postaw wobec problemów niepełnosprawności zarówno osób nią obciążonych, jak i sprawnych.

Jedną z najbardziej charakterystycznych cech obecnie dokonującej się zmiany społecznej to przechodzenie od izolacji do globalizacji. Robertson (1992, s. 396, za: Sztompka 2005, s. 93) definiuje tę tendencję jako zbiór procesów, które „czynią świat społeczny jednym”. Ta makrostrukturalna tendencja jest widoczna także w sytuacji osób niepełnosprawnych, coraz bardziej zespolonych z ogółem grup, do których przynależą z racji urodzenia, wykonywanej pracy zawodowej czy innych form aktywności życiowej.

Teoretycy socjologii (Sztompka 2005, s. 89–90) są zgodni co do tego, że ponowoczesność wiąże się nie tyle z nową jakością społeczeństwa, co z nasileniem się trendów obserwowanych w fazie nowoczesności. Można by w związku z tym oczekiwać, że ponowoczesność będzie się przekładać raczej nie na zmianę postaw, ale na utrwalanie i upowszechnianie tych, które kształtują się na etapie społeczeństwa industrialnego, odpowiednio do nowych wyzwań. Wzjęcie społeczeństwa postindustrialnego charakteryzują tzw. megatrendy, których charakter pozwala w dużym stopniu prognozować postawy co do ważnych społecznie kwestii, w tym postawy wobec problemów niepełnosprawności.

Pierwszy z megatrendów ponowoczesności wiąże się z przechodzeniem od koncentracji pracy w produkcji przemysłowej do sfery usług. Oznacza to między innymi większe możliwości zatrudnienia w zawodach niewymagających siły i sprawności fizycznej. Pojawiające się w związku z tym nowe zawody to dalsze szanse aktywizacji osób niepełnosprawnych, a w konsekwencji popularyzacji przekonania o ich nie tylko społecznej, ale i ekonomicznej użyteczności, wyznaczającej coraz wyższe pozycje w różnych strukturach społeczeństwa.

Spółeczeństwo przemysłowe koncentrowało się na przetwarzaniu surowców i energii, w społeczeństwie ponowoczesnym na plan pierwszy wysuwa się przetwarzanie informacji. Jednocześnie rozwój technologii sprawia, że aktywność

w tych obszarach staje się dostępna nawet dla osób z bardzo znaczną niepełnosprawnością. Biografia fizyka Hawkinga przekonała świat, że technologie te są w stanie „dostosować” się do postępujących ograniczeń somatycznych w taki sposób, by możliwe było optymalne wykorzystanie potencjału intelektualnego, posiadającego najważniejsze znaczenie dla przetwarzania informacji. Ten potencjał intelektualny staje się najwyższą wartością w „społeczeństwie wiedzy”. Doskonalenie metod i środków kształcenia specjalnego sprawia, że jest on równocześnie coraz bardziej dostępny dla osób z niepełnosprawnością ruchową czy sensoryczną, spełniając tym samym funkcję kompensacyjną w wyrównywaniu ich życiowych szans.

W ponowoczesnym „społeczeństwie wiedzy” granice możliwości ludzkiego umysłu zmieniają się w tempie nieporównywalnym z tym, jakie charakteryzowało epoki wcześniejsze. Efekty tego „przyspieszenia” są szczególnie widoczne w osiągnięciach wiedzy medycznej oraz metod terapeutyczno-rehabilitacyjnych. Medycyna w epokę ponowoczesności wchodzi z ofertą coraz bardziej skomplikowanych zabiegów przywracających sprawność dzięki transplantacji narządów oraz zaopatrzenia ortopedycznego w „inteligentne” protezy. Zupełnie nowe nadzieje dają już obecnie wyniki badań nad komórkami macierzystymi, być może w niedalekiej przyszłości pozwolą one zupełnie inaczej percypować problemy niepełnosprawności.

Zasadniczą zmianą społeczną ponowoczesności generującą coraz bardziej pozytywne postawy wobec omawianych problemów będzie zacieranie się granic pomiędzy sprawnością i niepełnosprawnością. Zdecydują o tym głównie dwa trendy. Pierwszy z nich to upowszechnianie się ryzyka niepełnosprawności, a drugi – rosnące tempo wsparcia (edukacyjnego, terapeutycznego, rehabilitacyjnego) pozwalającego zmniejszać różnice pomiędzy możliwościami społecznego funkcjonowania osób pełnosprawnych i niepełnosprawnych, jak również wychodzić z niepełnosprawności osobom nią obciążonym.

Upowszechnianie się ryzyka niepełnosprawności ma swoje źródło w wielu obszarach zmiany społecznej. Do najważniejszych należy wydłużanie się okresów życia w ostatnich jego etapach oraz związane z tym przesuwanie się granic starości. Rozwój współczesnych technik biotechnologicznych i opartych na nich metod regeneracji ciała powoduje, że coraz łatwiej jest opóźnić zewnętrzne symptomy starzenia się organizmu. Do pełnego sukcesu jest jednak jeszcze daleko. Postęp medycyny powoduje wprawdzie, że w tym okresie można wyeliminować wiele zagrożeń utraty życia, ale jednocześnie zwiększa się ryzyko chorób przewlekłych charakterystycznych dla starości, z którymi medycyna wciąż jeszcze nie potrafi sobie poradzić. Generuje to ciągle poszerzanie się populacji osób starych z niepełnosprawnością różnego rodzaju i stopnia. W tym znaczeniu można przyjąć, że zmiana społeczna przejawiająca się postępowaniem wiedzy i techniki medycznej stworzyła nowe ryzyko – ryzyko niepełnosprawnej starości. Zmienia ono świadomość

społeczną, a w konsekwencji postawy w stosunku do osób niepełnosprawnych i wobec potencjalnej lub już istniejącej własnej niepełnosprawności. Człowiek o osobowości ponowoczesnej, świadomy oferty cywilizacji, w tym stwarzanego przez nią ryzyka, staje wobec trudnego dylematu. Jeśli chce jak najdłużej zachować wartość najwyższą, jaką jest własne życie, musi zaakceptować ryzyko postępujących ograniczeń sprawności bądź też zwiększające się z wiekiem ryzyko nagłej utraty tej sprawności wskutek udarów, wylewów, powikłań operacyjnych czy urazów. Długie życie staje się w społeczeństwie współczesnym normą, natomiast zdrowa starość wciąż jeszcze jest bardzo trudnym wyzwaniem dla starzejącej się części społeczeństwa, a także dla nauki i praktyki gerontologicznej.

Szybko wzrastające ryzyko nabywania niepełnosprawności wiąże się również ze zwiększaniem się szans przeżycia ofiar wypadków i urazów nabywanych przy pracy w rolnictwie, w przemyśle, a także w wypadkach komunikacyjnych. Przeżywają dzięki coraz doskonalszym technikom medycyny ratunkowej, ale tracą sprawność. Medycyna ratuje także życie nienarodzonych dzieci, podejmując terapię zachowawczą czy nawet interweniując chirurgicznie jeszcze w okresie życia płodowego. Coraz większe są również szanse przeżycia dzieci urodzonych z różnymi uszkodzeniami narządów i funkcji, także mózgu. W tym znaczeniu zmiana technologiczna wpływa na sytuację zdrowotną wszystkich kategorii społeczeństwa, a w konsekwencji na stosunki społeczne i generowane przez nie postawy. Jednocześnie te same czynniki, które nasilają ryzyko nabywania niepełnosprawności, zwiększają szanse wychodzenia z niej bądź też łagodzą jej konsekwencje. Wszystkie te zmiany sprzyjają oswojaniu niepełnosprawności, zmniejszają lęki przed kontaktami z osobami niepełnosprawnymi, osłabiają stereotypy o ich bierności, niezaradności i zależności od innych.

ZAKOŃCZENIE

Niepełnosprawni w perspektywie socjologicznej to kategoria osób, którym uszkodzenia i deformacje biologiczne znacząco ograniczyły szanse społecznego funkcjonowania, a tym samym bycia użytecznym i zajmowania w związku z tym korzystnych pozycji w strukturach społecznych. Przez wieki stanowili oni trudny problem społeczny rozwiązywany w bardzo różny sposób, łącznie z eliminacją biologiczną, jeśli wymuszały ją realia gospodarczo-polityczne. Z czasem wyrównywały się szanse społeczne tych osób. Był to proces stosunkowo powolny, charakterystyczny dla zmian ewolucyjnych, nieprzebiegający w sposób harmonijny, ale zawsze wyraźnie powiązany ze zmianą społeczną. Jeśli była to zmiana pozytywna, następowało zwiększanie szans społecznego uczestnictwa osób niepełnosprawnych. W Polsce tak było np. w okresie II Rzeczypospolitej, kiedy reformy edukacyjne stworzyły warunki do powstania pierwszych form kształcenia specjalnego, czy w okresie powojennym, kiedy idee powszechnej dostępności

kształcenia sprzyjały szybkiemu rozwojowi szkół specjalnych, lub po roku 1989, kiedy otwarcie Polski na Zachód umożliwiło między innymi praktyczne wdrażanie idei integracyjnych. Natomiast zmiany społecznie negatywne, takie jak wojny czy kryzysy, wyraźnie zaznaczały się pogarszaniem społecznej sytuacji osób z niepełnosprawnością.

Osoby z niepełnosprawnością stanowią jedną z kategorii społecznych, co oznacza, że – podobnie jak wszystkie inne kategorie – są zależne od charakteru i tempa zmiany społecznej. Świadomość tego faktu wprawdzie nie może być równoznaczna z przyjmowaniem paradygmatu determinizmu kulturowego, jednak powinna być uwzględniana zarówno w diagnozach, jak i strategiach wyrównywania szans społecznego funkcjonowania osób z różnego rodzaju ograniczeniami natury biologiczno-medycznej. W praktyce oznacza to, że wszelkie diagnozy problemów tych osób stają się pełne dopiero przy uwzględnieniu ich kontekstu społecznego oraz że konkretne działania mające na celu ich wspieranie muszą uwzględniać realia społeczne tworzące struktury, w których niepełnosprawni będą mieli szanse zajmować pozycje adekwatne do własnych potrzeb, oczekiwań i możliwości wiążących się z posiadanymi kompetencjami – edukacyjno-zawodowymi i osobowościowymi.

Niezależnie od tego, jaką nazwę przyjmiemy dla obecnego etapu rozwoju społecznego, niepodważalny jest fakt, iż tempo tego rozwoju nie było nigdy tak szybkie, a efekty – nieprzewidywalne. Opierając się na takiej tezie, można by tworzyć futurystyczne wizje społeczeństwa zaawansowanej fazy ponowoczesności, w którym problem niepełnosprawności będzie już tylko historią ze względu na osiągnięcia wiedzy i technik biomedycznych, pozwalających dowolnie naprawiać uszkodzone organy, łącznie z mózgiem, oraz zastępować zniszczone czy zużyte nowymi, wyhodowanymi w laboratoriach. Jednak szanse urealnienia takiej wizji są niewielkie, a wręcz przeciwnie – omówione wyżej procesy cywilizacyjne najprawdopodobniej będą wiązały się z dalszym wzrostem liczebności różnych kategorii osób z niepełnosprawnością. Ważne jest więc, by w szybko zmieniającym się społeczeństwie równie szybko zmieniały się szanse ich społecznego uczestnictwa. Będzie to w znacznym stopniu warunkowane rozumieniem wielorakich powiązań zmiany społecznej ze zmianą postaw wobec problemów niepełnosprawności, a także umiejętnościami uważnego obserwowania dokonujących się zmian i dostosowywania do nich działań służących optymalizowaniu szans społecznego funkcjonowania różnych grup osób z niepełnosprawnością, adekwatnie do ich potrzeb i możliwości wiążących się ze stanem zdrowia, ale także z wiekiem, kompetencjami edukacyjno-zawodowymi, możliwościami poznawczo-działaniowymi, odczuwanymi potrzebami i życiowymi aspiracjami. W stopniu równym temu, jaki społeczeństwo stwarza ogółowi swoich członków w istniejących realiach gospodarczych i cywilizacyjno-kulturowych.

Obserwowanie, diagnozowanie zmiany społecznej i formułowanie na tej podstawie działań służących optymalizowaniu warunków funkcjonowania osób niepełnosprawnych jest bardzo ważne dla kreowania ich społecznych interakcji z pełnosprawnymi według wzorów zgodnych z trendami ponowoczesności. Takie działania, pomimo ich istotnego znaczenia, nie są jednak wystarczające. Równie ważne jest tworzenie warunków wpływania na zmianę społeczną zarówno samych osób z niepełnosprawnością, jak i tych, którzy reprezentują ich interesy na różnych poziomach społecznej organizacji.

Jednym z głównych mechanizmów uprzedmiotowienia osób niepełnosprawnych w strukturach izolacyjno-segregacyjnych było podejmowanie decyzji dotyczących ważnych dla nich problemów wyłącznie przez osoby pełnosprawne. Sprzyjało to kształtowaniu postaw negatywnych u niepełnosprawnych wobec własnej sytuacji zdrowotnej i społecznej, a także u pełnosprawnych – utrwalających posiadany stereotyp o bezradności tej części społeczeństwa, uniemożliwiającej im decydowanie nawet o sobie. Późna nowoczesność to zmienia, wprawdzie w tempie wolniejszym niż należałoby takich zmian oczekiwać, ale jednak w sposób wyraźnie dostrzegalny. Takie tendencje nie są jednak wystarczające do sprostania wyzwaniom społeczeństwa ponowoczesnego. Na kształtowanie się przyszłych postaw wobec problemów niepełnosprawności wpływać będzie nie tylko możliwość decydowania niepełnosprawnych o dotyczących ich problemach, ale również ich rzeczywisty wpływ na zmiany odnoszące się do ogółu społeczeństwa.

Przedstawiona w tym opracowaniu analiza wykazała, że dla kształtowania postaw wobec niepełnosprawności własnej oraz innych ważne są nie tylko zmiany dotyczące tej kategorii osób, ale także szeroko rozumiana zmiana społeczna, która modyfikuje istniejące struktury, tworzy nowe, a przez to zwiększa szanse na znajdowanie w nich pozycji dla ogółu osób i grup społecznych. Te szanse dla osób z niepełnosprawnością są jednak, pomimo dokonujących się zmian, nadal mniejsze w porównaniu z szansami pełnosprawnych o podobnych cechach demograficzno-społecznych i kompetencyjnych. Są one jednak równocześnie coraz większe, a megatrendy ponowoczesności wskazują, że takie tendencje egalitaryzujące będą się nadal utrzymywać.

BIBLIOGRAFIA

- Chodkowska M. (1993), *Kobieta niepełnosprawna. Socjopedagogiczne problemy postaw*, Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Giddens A. (2006), *Socjologia*, Warszawa: PWN.
- Inkeles A. (1976), *A model of the modern man: theoretical and methodological issues*, [w:] C. Black (red.), *Comparative Modernization*, New York: Free Press.
- Robertson R. (1992), *Globality, global culture, and images of world order*, [w:] H. Haferecamp, N. J. Smelser (red.), *Social Change and Modernity*, Berkeley: University of California Press.

- Sztompka P. (2005), *Socjologia zmian społecznych*, Kraków: Wydawnictwo Znak.
Szacka B. (2003), *Wprowadzenie do socjologii*, Warszawa: Oficyna Naukowa.
Wright B. A. (1965), *Psychologiczne aspekty fizycznego inwalidztwa*, Warszawa: PWN.

SUMMARY

This paper addresses a relationship between the social change and attitudes towards disabled people as well as attitudes of disabled people towards their own health status and its social consequences. These attitudes are clearly related to the characteristics of successive types of societies, i.e. pre-industrial societies and industrial society. On this basis, the directions of further changes of attitudes towards disability can be predicted adequately to the megatrends of postmodernity. The analysis presented in this study showed that a development of attitudes towards disability, both one's own disability and a disability of others, requires not only changes concerning this category of people, but also a widely understood social change, which modifies the existing structures and creates new ones, thus increasing the chances of finding a position for the entire humanity and social groups. However, these opportunities for disabled people are, despite the ongoing changes, still lesser in comparison to the opportunities of healthy people with similar socio-demographic and competency characteristics. They are though simultaneously greater and greater, which has been demonstrated in the analysis of attitudes towards the problems of disability in traditional and industrial societies presented in this paper. On the other hand, the analysis of megatrends of postmodernity confirms that such equalizing and integrating tendencies will continue to persist.

Key words: social change, attitudes towards disabled people, integration of disabled people