

Niepełnosprawność, rehabilitacja i integracja społeczna osób niepełnosprawnych

Antonina Ostrowska

Wprowadzenie

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, zapewnienia 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.

Głównymi czynnikami sprawczymi niepełnosprawności są choroby przewlekłe, powodujące stany nieodwracalnej dysfunkcji organizmu. Paradoksalnie niejako są one niejednokrotnie wtórnym skutkiem działania medycyny,

która – przedłużając czas trwania życia ludzkiego – nie jest w stanie wyeliminować wielu przewlekłych schorzeń i ich skutków. Innym czynnikiem wpływającym na wzrost niepełnosprawności jest rozwój motoryzacji i rosnąca liczba wypadków drogowych, a także przemysłowe i ekologiczne zagrożenia dla zdrowia. Coraz częściej mówi się ostatnio także o wpływie niewłaściwego stylu życia (a więc całego zespołu zachowań ryzykownych dla zdrowia, przede wszystkim palenia tytoniu, picia alkoholu, braku aktywności fizycznej), a także oddziaływaniu stresów życia codziennego, które leżąc u podstaw wielu chorób przewlekłych, stają się w dalszej konsekwencji przyczynami niepełnosprawności. Do wzrostu niepełnosprawności przyczyniają się także naturalne procesy starzenia się społeczeństw; wiadomo, że w miarę upływu lat maleje funkcjonalna sprawność człowieka.

Spoleczne aspekty niepełnosprawności

Niepełnosprawność jako problem społeczny ma swoją specyfikę, która sprawia, że działania na rzecz osób niepełnosprawnych wymagają współdziałania wielu struktur i instytucji oraz aktywności samych osób niepełnosprawnych. Muszą się tu zintegrować działania z zakresu rehabilitacji leczniczej, kształcenia i rehabilitacji zawodowej, nowoczesnej polityki i pomocy społecznej, odpowiedniego modelowania środowiska materialnego, a także kształtowania właściwych postaw społecznych oraz indywidualnych motywacji samych osób niepełnosprawnych.

Ta złożoność zjawiska niepełnosprawności sprawia, że jest ono określane, klasyfikowane i mierzone w różny sposób:

- po pierwsze – na podstawie zmiennych klinicznych (etiologia, lokalizacja, zakres uszkodzeń)

- po drugie – na podstawie możliwości codziennego funkcjonowania (samoobsługa, poruszanie się itp.)
- po trzecie – na podstawie zdolności do pełnienia podstawowych ról społecznych, adekwatnych do cyklu życia danej osoby.

Powyższe sposoby określania niepełnosprawności korespondują z rozróżnieniem wprowadzonym przez Światową Organizację Zdrowia; pomiędzy uszkodzeniem pojmowanym w kategoriach biomedycznych (*impairment*), niepełnosprawnością (*disability*) rozumianą jako ograniczenie w wykonywaniu pewnych czynności i upośledzeniem (*handicap*) określającym sytuację, w której posiadane ograniczenia uniemożliwiają jednostce pełnienie podstawowych ról społecznych. Każde z tych określeń odnosi się do odmiennego zakresu dysfunkcji i wyznacza specyficzny dla niego rodzaj interwencji: kryteria kliniczne są przydatne przede wszystkim dla celów terapii i rehabilitacji medycznej; funkcjonalne – pozwalają ocenić zapotrzebowanie na świadczenia opiekuńcze czy wszelkiego rodzaju pomoce techniczne ułatwiające funkcjonowanie; kryteria społeczne – umożliwiają pomoc w zakresie aktywizacji społecznej jednostki i jej włączenia do szerszego środowiska.

Nie jest to oczywiście jedyne, możliwe różnicowanie niepełnosprawności. W sposób oczywisty różne rodzaje uszkodzeń oraz stopień posiadanych ograniczeń i dysfunkcji mają różne konsekwencje dla funkcjonowania społecznego osób niepełnosprawnych i ich interakcji z innymi osobami (np. ograniczenia sprawności fizycznej, sensorycznej, intelektualnej czy psychicznej). Z punktu widzenia całokształtu konsekwencji życiowych istotne jest także, czy niepełnosprawność jest wrodzona czy nabyta i w jakim okresie, cyklu życia się pojawia. Istotna jest także dynamika nabywa-

nia niepełnosprawności – czy jest ona nagła, np. wskutek wypadku, czy powolna i dokonująca się stopniowo, jak ma to miejsce w przypadku postępujących chorób przewlekłych. Wszystkie te czynniki nie są obojętne dla życia osób niepełnosprawnych, możliwości przystosowania się do posiadanych ograniczeń, percepcji ich problemów przez otoczenie i rodzajów niezbędnej pomocy. Analiza poszczególnych, bardziej szczegółowych rodzajów niepełnosprawności, przekraczałaby jednak znacznie ramy tego tekstu. Koncentrować się będą zatem przede wszystkim na tych cechach i konsekwencjach niepełnosprawności, które można uznać za wspólny obszar doświadczeń osób niepełnosprawnych.

W analizach niepełnosprawności jako zjawiska społecznego wyróżnia się dwa dominujące sposoby myślenia o tym zagadnieniu, które przyjęło się nazywać modelami niepełnosprawności (Albrecht 1976). Model indywidualny traktuje problemy, jakie napotykają ludzie niepełnosprawni, jako bezpośrednią konsekwencję ich choroby czy kalectwa. Zasadniczym kierunkiem podejmowanych badań i działań praktycznych są tu czynniki sprzyjające optymalnemu przystosowaniu, adaptacji osoby niepełnosprawnej do warunków, w jakich żyją inni. Chodzi tu zarówno o te umożliwiające jak najlepsze przystosowanie fizyczne, jak i psychiczne, pozwalające jednostce zaakceptować posiadane ograniczenia. Model ten kładzie więc przede wszystkim nacisk na motywację jednostek do podejmowania wysiłku na rzecz wszelkiego rodzaju działań usprawniających i zbliżających je do funkcjonowania społecznego i aktywności w różnych sferach życia, zgodnie z panującymi wzorami i normami społecznymi.

Nacisk na indywidualne aspekty niepełnosprawności jest podstawą rehabilitacji medycznej, wyznaczając zindy-

widualizowane podejście lekarza czy fizjoterapeuty do pacjenta i jest niezbędnym elementem procesu rehabilitacji w ogóle. Jednak warto odnotować, że w swej skrajnej postaci może on doprowadzać w praktyce do swoistego „obwiniania ofiary”, czyniąc osobę niepełnosprawną odpowiedzialną za problemy życiowe, które napotyka. U podstaw realizacji tego modelu leży bowiem wiele przekonań i sądów wartościujących, wskazujących na to, co jest właściwe a co niewłaściwe dla osoby niepełnosprawnej i traktujących odstępstwa od tych ustaleń jako niepowodzenia procesu adaptacji. Wśród terapeutów mogą więc pojawiać się wątpliwości, dlaczego pomimo starań profesjonalistów, rehabilitowany nie osiągnął oczekiwanego poziomu sprawności i podejrzenia, że nie włożył należytego wysiłku w uzyskanie pożądanej niezależności.

W modelu społecznym niepełnosprawności ciężar gatunkowy problemu nie leży w fizycznych czy psychicznych ograniczeniach określonej jednostki, ale raczej w ograniczeniach środowiska, które stwarza jej bariery. W praktyce, według założeń tego modelu chodzi więc o to, aby zamiast wyłączenie wspomagać jednostkę w jej przystosowaniu się do społeczeństwa zastanowić się także, czy i jak dalece społeczeństwo jest gotowe zaadaptować posiadane rozwiązania, wzory zachowań i oczekiwań do możliwości osób niepełnosprawnych. Istnienie barier architektonicznych nie jest w tym ujęciu wyrazem niedostosowania osób niepełnosprawnych, a raczej „niepełnosprawnością” architektury jako takiej, która nie jest w stanie odpowiedzieć na potrzeby pewnej części społeczeństwa. Model społeczny niepełnosprawności odrzuca więc rozpatrywanie tego zjawiska w kategoriach indywidualnych ograniczeń i dysfunkcji na rzecz rozpatrywania deficytów materialnego i społecznego środowiska. Podkreśla

się tu stygmatyzujące funkcje organizacji życia społecznego i instytucji społecznej kontroli. Model społeczny podkreśla też znaczną rolę, jaką pełnią dominujące postawy i stereotypy na temat osób niepełnosprawnych. Bariery tworzone przez społeczeństwo mają bowiem nie tylko charakter materialny, ale i mentalny.

Oba te modele odmiennie pojmują sposób, w jaki ma się dokonać społeczna integracja osób niepełnosprawnych. Jeżeli – najogólniej rzecz biorąc – jako wskaźnik tej integracji traktować uczestnictwo osób niepełnosprawnych w życiu społecznym na poziomie małych grup, wszelkiego rodzaju wspólnot i społeczności lokalnych, oraz udział w życiu publicznym, może się ona dokonywać zarówno poprzez nacisk na rozwój indywidualnych zdolności do integracji, jak i dostosowanie społecznego oraz materialnego środowiska do możliwości takiego uczestnictwa. Podstawową kwestią dla tego uczestnictwa jest wzrost akceptacji i gotowości osób pełnosprawnych do tworzenia i funkcjonowania we „wspólnym świecie” z ludźmi niepełnosprawnymi.

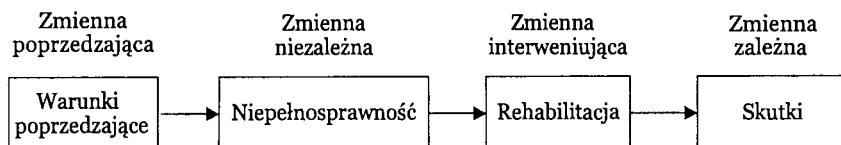
Rehabilitacja i integracja społeczna

Przez rehabilitację rozumie się na ogół proces przywracania osobie niepełnosprawnej maksimum sprawności, w ramach limitów wyznaczanych przez chorobę lub kalectwo i kształtowanie jej środowiska, w sposób umożliwiający jak najlepsze funkcjonowanie zawodowe, ekonomiczne, społeczne. Celem rehabilitacji jest usamodzielnienie, poprawa jakości życia osób niepełnosprawnych i jak najpełniejsza ich integracja społeczna. Na ogół wyróżnia się rehabilitację medyczną (lecniczą), psychologiczną, społeczną i zawodową. Podział ten nie jest całkowicie rozłączny. Rehabilitacja psy-

chologiczna jest istotnym elementem rehabilitacji leczniczej; powrót do sprawności fizycznej nie jest bowiem możliwy bez właściwego nastawienia, co niejednokrotnie wymaga specjalistycznej pomocy psychologicznej. Z kolei rehabilitacja zawodowa, oprócz nauki zawodu czy odpowiedniego przystosowania stanowiska pracy zawiera szereg elementów związanych z kształtowaniem społecznego środowiska pracy osoby niepełnosprawnej i niektóre ujęcia traktują ją jako formę rehabilitacji społecznej. Nawiązując do naszych poprzednich rozważań, warto jeszcze odnotować, że rehabilitacja lecznicza i psychologiczna oparta jest na indywidualnym modelu rehabilitacji, podczas gdy społeczna i zawodowa zawierają elementy obu modeli. W praktyce więc muszą one ze sobą współistnieć.

Socjologiczne analizy procesu rehabilitacji wskazują na użyteczność rozpatrywania tego procesu w kategoriach uwzględniających z jednej strony czynniki poprzedzające niepełnosprawność, a z drugiej efekty podejmowanych działań, w których rehabilitacja jest traktowana jako zmienna interweniująca.

Schemat analizy niepełnosprawności i rehabilitacji (Suchman 1966)



Schemat analityczny Edwarda Suchmana, w swojej oryginalnej wersji, zorientowany był wyłącznie na działania korepondujące z modelem indywidualnym niepełnosprawności.

Jednak uzupełniony o oddziaływania mieszczące się w modelu społecznym, jest nadal przydatnym narzędziem badania procesu rehabilitacji. Analizując społeczne warunki poprzedzające stan naruszonej sprawności, należy uwzględnić takie charakterystyki jak wiek, cechy położenia społecznego (zawód, wykształcenie), sytuację rodzinną rehabilitowanego czy wielkość jego miejsca zamieszkania – będą one bowiem w oczywisty sposób wpływać na możliwości jego dalszego, społecznego funkcjonowania. Istotne będzie także uwzględnienie dostępności niezbędnej infrastruktury społecznej (instytucji, programów rehabilitujących i wspomagających osoby niepełnosprawne, odpowiedniej legislacji), a także kształtu dominujących postaw społecznych w stosunku do nich.

Z kolei analiza stopnia i zakresu niepełnosprawności oraz powodowanych nim dysfunkcji i ograniczeń wyznaczy odpowiedni typ i proporcje działań rehabilitacyjnych. Sam proces rehabilitacji może więc (w zależności od potrzeb) obejmować działania związane z nauką fizycznego funkcjonowania, adaptacji psychicznej i społecznej, kształcenia i przysposobienia zawodowego. Ujmując ten proces w kategoriach socjologicznych, możemy go określić jako socjalizację do „nowych” ról społecznych, modyfikowanych zaistnieniem choroby czy kalectwa (Sokołowska i Ostrowska 1976). Jego treść, formy i adekwatność do potrzeb będą istotnym czynnikiem decydującym o osiągniętych skutkach – jakości życia osób niepełnosprawnych i poziomie integracji społecznej. Istotnym czynnikiem sukcesu rehabilitacji, zwłaszcza społecznej będą także działania nakierowane na bliższe i szersze środowisko osoby niepełnosprawnej.

Interesujące propozycje dla analizowania przebiegu i społecznego kontekstu rehabilitacji można znaleźć w pra-

cach poświęconych analizie procesów socjalizacji i instytucji socjalizujących. Według propozycji Harolda Laswella, istotę procesu socjalizacji sprowadzić można do odpowiedzi na pięć pytań: (1) kto, (2) uczy się czego, (3) od kogo, (4) w jakich okolicznościach, (5) z jakim efektem (za: Brim 1968). Odpowiedź na powyższe pytania pozwoli nam otrzymać następujący schemat analizy procesu rehabilitacji: 1) medyczna, społeczna i psychologiczna charakterystyka jednostek poddawanych działaniom rehabilitacyjnym, 2) charakterystyka socjalizowanych treści, wpajanych umiejętności i zmian w zakresach pełnionych ról, 3) charakterystyka osób, środowisk czy instytucji rehabilitujących, 4) okoliczności towarzyszące rehabilitacji – kontekst społeczny, sytuacja materialna, sytuacja rodzinna, 5) ocena efektów rehabilitacji. Schemat ten wydaje się przydatny nie tylko do analizowania przebiegu rehabilitacji w podejmowanych badaniach empirycznych czy szczególnie ewaluacyjnych, ale także może stanowić podstawę systematyzacji istniejącego już dorobku badawczego, obejmującego wiele dziedzin i form aktywności.

Ostatecznym celem rehabilitacji jest zapewnienie osobie niepełnosprawnej odpowiedniej jakości życia, wzrostu samodzielności i możliwości jak najpełniejszej partycypacji w życiu społecznym – integracji społecznej. Chodzi tu zarówno o możliwość posiadania znaczących kontaktów społecznych w małych grupach, w społecznościach w których żyją, a także udział w życiu publicznym. Warunkiem niezbędnym tak rozumianej integracji jest respektowanie we wzajemnych stosunkach sprawnych i niepełnosprawnych członków społeczeństwa tych samych praw i stworzenie dla obu kategorii obywateli identycznych warunków rozwoju (Woźniak 2008). Pewnym wyodrębnionym nurtem działań

prointegracyjnych jest dążenie do tzw. normalizacji, czyli kształtowanie „normalnej” tożsamości, zgodnej z normami kulturowymi i zapewnienie niepełnosprawnym jednostkom (zwłaszcza intelektualnie) kompetencji społecznych umożliwiających pełnienie najważniejszych ról społecznych i korzystanie z praw obywatelskich (Wolfensberger 1972).

Już tylko powyższe uwagi wskazują, że proces integracji i rehabilitacji społecznej może się odnosić do niemal wszystkich sfer życia niepełnosprawnego człowieka i jego otoczenia, choć oczywiście w zależności od konfiguracji czynników medycznych i społecznych różne mogą być proporcje niezbędnych działań w każdej z tych sfer. Socjologiczne badania wszystkich obszarów funkcjonowania osób niepełnosprawnych, a szczególnie identyfikacja napotykanych przez nie trudności, stanowią niezbędny element prointegracyjnej polityki społecznej. Wiele badań socjologicznych ma tu istotną wartość diagnostyczną i jest ściśle powiązanych z praktyką społeczną. Podejmowane badania dotyczą zarówno funkcjonowania systemów i instytucji powołanych do udzielania świadczeń i wspomagania osób niepełnosprawnych (np. systemów rehabilitacji, orzecznictwa, zatrudnienia czy pomocy społecznej), jak też koncentrują się na efektach (lub ich braku) przejawiających się w codziennym doświadczeniu życiowym ludzi niepełnosprawnych.

Jedną z ważniejszych, często podejmowanych przez socjologów kwestii jest aktywizacja osób niepełnosprawnych na rynku pracy. Aktywność zawodowa tej kategorii jest bowiem nie tylko sposobem osiągnięcia samodzielności ekonomicznej, ale także czynnikiem budującym poczucie własnej wartości i umożliwiającym samorealizację oraz drogą szeroko rozumianej reintegracji społecznej. Praktyka rehabilitacji dowodzi, że tylko nieliczne, najcięższe postacie nie-

pełnosprawności uniemożliwiają aktywność zawodową. Badania natomiast wskazują, że stopień, w jakim uszkodzenie czy dysfunkcja jakiegoś układu zaczyna ograniczać czynności zawodowe zależy nie tylko od przyczyny i rodzaju samego uszkodzenia czy charakteru pracy i posiadanych kwalifikacji, ale także od znaczenia i wartości, jaką dany człowiek przypisuje pracy w całokształcie swojego życia, a więc aspektu motywacyjnego.

Odrębną grupę analizowanych czynników stanowią obiektywne możliwości znalezienia właściwej, dobrze dobranej pracy. Nie chodzi przy tym wyłącznie o adekwatność pracy do psychofizycznych możliwości osoby niepełnosprawnej, ale także o odpowiednie postawy pracodawców i reakcje współpracowników, szczególnie jeżeli zatrudnienie ma charakter integracyjny, w obrębie tzw. otwartego rynku pracy. Wymaga to działań zarówno na poziomie indywidualnym (oceny psychofizycznych możliwości, budowanie właściwej motywacji, nabywanie umiejętności), jak i makrospołecznym (edukacji społecznej, organizacji kompleksowej rehabilitacji, wdrażania właściwych rozwiązań systemowych na rynku pracy).

Sferą bezpośrednio związaną z aktywizacją zawodową jest odpowiednie wykształcenie i kwalifikacje. Przygotowanie do pracy, nabywanie właściwych do sytuacji zdrowotnej umiejętności – jest elementem rehabilitacji zawodowej. Jednak rola wykształcenia w życiu osób niepełnosprawnych musi być postrzegana znacznie szerzej. Dla osoby o ograniczonej sprawności fizycznej czy sensorycznej, zdobycie wykształcenia jest nie tylko najlepszym gwarantem osiągnięcia właściwej pozycji społecznej czy uzyskania zatrudnienia, ale także warunkiem jak najpełniejszej partycypacji w różnych dziedzinach życia. Wykształcenie jest tym elementem

kapitału ludzkiego, który coraz bardziej i dla wszystkich ludzi staje się warunkiem ułatwiającym funkcjonowanie we współczesnym świecie i korzystanie z jego zdobyczy. Znoszenie barier społecznych na drodze do uzyskania wykształcenia jest jednym z istotniejszych elementów, wspomagających integrację społeczną osób niepełnosprawnych.

Istotną i wymagającą systematycznych oddziaływań jest kwestia materialnych warunków życia osób niepełnosprawnych. Choć nie stanowią bezpośredniej płaszczyzny integracji, to jednak mogą stanowić poważną przeszkodę dla niej, a co więcej narażać mogą całe rodziny na ryzyko wykluczenia społecznego i stanowią zagrożenia dla postulatu równości szans wszystkich jej członków. Dające się odczuć koszty leczenia, rehabilitacji, dojazdów sprawiają, że efekt niepełnosprawności rozciąga się na całe rodziny. Zapobieganie marginalizacji z przyczyn ekonomicznych winno więc także uwzględniać inne osoby z najbliższego otoczenia niepełnosprawnych.

Niezmiernie ważną z punktu widzenia integracji społecznej ludzi niepełnosprawnych jest sfera życia rodzinnego. Sposób, w jaki osoba niepełnosprawna przystosuje się do nowych okoliczności życiowych, zależy w znacznym stopniu od jej wieku, cyklu życia, w jakim się znajduje, poziomu wykształcenia ale także sytuacji rodzinnej – a zwłaszcza miejsca w strukturze rodziny, oferowanego wsparcia oraz potencjału opiekuńczego, jakim rodzina dysponuje. Wszystkie te charakterystyki będą miały istotny wpływ na sposób funkcjonowania osoby niepełnosprawnej. Pojawienie się niepełnosprawności zasadniczo zmienia też sytuację rodziny: wzory wzajemnych interakcji, strukturę zobowiązań, sposób dysponowania posiadanymi materialnymi i niematerialnymi zasobami. Tak więc podobnie jak osoba niepeł-

nosprawna – tak i jej rodzina musi przejść przez procesy adaptacyjne, które pozwolą wypracować nowe wzory funkcjonowania w zmienionej, czy zmieniającej się sytuacji jednego z jej członków. Kwestie te omawia bardziej szczegółowo Zofia Kawczyńska-Butrym w rozdziale ósmym tej pracy, „Rodzina – zdrowie – choroba”.

Liczne przekazy pochodzące od samych osób niepełnosprawnych wskazują, że niedocenianą, a ważną sferą życiową osób niepełnosprawnych jest integracja „w czasie wolnym” – na którą składają się aktywności towarzyskie, kulturalne, sportowe czy rekreacyjne. Właściwa adaptacja życiowa i integracja społeczna osób niepełnosprawnych nie jest możliwa bez ich uczestniczenia w grupach nieformalnych – bez kontaktów koleżeńskich, przyjacielskich, przynależności do kręgów towarzyskich czy różnego rodzaju organizacji i wspólnot. W takich kontaktach właśnie najskuteczniej ulegają przełamaniu istniejące bariery i niekorzystne stereotypy na temat osób niepełnosprawnych (Ostrowska 1994). Kontakty takie stają się także okazją do związków emocjonalnych, stwarzają możliwości założenia rodziny, realizacji potrzeb seksualnych. Problemy te jednak stosunkowo rzadziej stają się przedmiotem badań socjologicznych; sfera życia prywatnego i intymnego osób niepełnosprawnych traktowana jest jako trudna i choć ich waga nie jest kwestionowana, jest raczej omijana przez badaczy.

Osoby niepełnosprawne niejednokrotnie wymagają także pomocy w zbudowaniu uprawomocnionej tożsamości, właściwej motywacji i umiejętności funkcjonowania w różnych rolach społecznych. Z jednej strony chodzi tu o zidentyfikowanie potencjału indywidualnych możliwości osób niepełnosprawnych i zachętę do uaktywnienia go, a z drugiej strony o przekazanie im niezbędnych dyspozycji i kompetencji

społecznych, dostosowanych do zmieniających się warunków i wymogów współczesności. Istotną kwestią jest także zaangażowanie osób niepełnosprawnych w życiu publicznym i podejmowanie aktywnych postaw obywatelskich. Pozwala ono przełamywać niekorzystne postawy społeczne, zmieniać społeczne standardy normalności, współdecydować o sobie i aktywnie uczestniczyć w tworzeniu prawnych i społecznych warunków sprzyjających integracji społecznej. W ostatnich latach coraz częściej pojawiają się porównawcze analizy systemów rehabilitacji osób niepełnosprawnych i legislacji zorientowanej na wyrównywanie ich szans w różnych krajach. Są one szczególnie stymulowane przez organizacje międzynarodowe (Światową Organizację Zdrowia, Radę Europy, Międzynarodową Organizację Pracy itp.) i służyć mają wypracowywaniu coraz lepszych standardów wspomagania osób niepełnosprawnych (Albrecht 1987, Compendium... 1997).

Analizując szanse na pozytywną konfigurację wszystkich struktur wspomagających integrację osób niepełnosprawnych, należy wskazać na rolę czynników społeczno-kulturowych, charakteryzujących społeczeństwa, w których one żyją. Chodzi tu przede wszystkim o dystans między wzorami i wartościami, dominującymi w danym społeczeństwie, a możliwościami ich realizacji przez osoby niepełnosprawne. Społeczeństwa ceniące wysoko status materialny, produktywność, konsumpcję, sukces i atrakcyjność fizyczną stwarzają inne ramy dla akceptacji niepełnosprawności niż te nastawione na wartości niematerialne, osiągnięcia duchowe, odnoszące się z respektem do cierpienia. Trudniej jest w nich ludziom niepełnosprawnym udokumentować swoją wartość i im większa ta rozbieżność, tym mniejsze szanse na aktywne życie społeczne i osiągnięcie pożądanego

statusu społecznego. Jest wówczas człowiek niepełnosprawny skazany na akceptację takiego wzoru życia, jaki oferuje mu społeczeństwo, zgodnie z istniejącymi przekonaniem i stereotypami na temat możliwości i potrzeb życiowych tych osób. Problem ten ukazuje ogromną rolę dominujących postaw i nastawień społecznych w stosunku do niepełnosprawnych.

Inspiracje teoretyczne i kierunki badań

Zainteresowanie socjologów problematyką niepełnosprawności datuje się od połowy lat sześćdziesiątych XX wieku. Charakterystyczne jest, że w klasycznej konceptualizacji roli chorego dokonanej przez Talcotta Parsonsa (1951) nie pojawiają się jeszcze odniesienia adekwatne do kalectwa czy nawet długotrwałej choroby przewlekłej. Nacisk, położony w tej koncepcji na okresowe (możliwie jak najkrótsze) zawieszenie pełnionych ról społecznych na rzecz roli chorego i szybki powrót do zdrowia wskazują, że miał on na myśli przede wszystkim choroby ostre. W późniejszych pracach Parsonsa (1975) rozszerzył swoją koncepcję i uwzględnił sytuację chorych, którzy wprawdzie nie powracają do „normalnego” funkcjonowania w społeczeństwie, to jednak zarówno oni, jak i leczący ich lekarze stawiają sobie za cel maksymalne zbliżenie się do tego stanu. Mimo tego rozszerzenia – jak podkreślali krytycy – koncepcja ta w dalszym ciągu nie przystawała do sytuacji pewnych grup chorych, np. osób znajdujących się terminalnym okresie choroby, ani też nie uwzględniała wtórnych korzyści, jakie może zapewniać niepełnosprawność, zmniejszając gotowość zainteresowanych do podejmowania dawniej pełnionych ról społecznych (por. Cockerham 2004).

W Polsce socjologowie zainteresowali się problematyką niepełnosprawności stosunkowo wcześniej, bo już pod koniec lat sześćdziesiątych. Badania nad tą problematyką były pierwszymi badaniami empirycznymi rodzącej się w Polsce nowej dyscypliny – socjologii medycyny – i związane są z osobą Magdaleny Sokołowskiej. Wcześniej od socjologów zainteresowali się tymi zagadnieniami psychologowie. Dostrzegali konieczność analizowania takich kwestii jak: reakcja osoby niepełnosprawnej na swoje kalectwo, proces przystosowywania się do życia z nim i akceptowania niepełnosprawności (Hulek 1969). Niektóre z tych badań – szczególnie odnoszące się do uszkodzeń organizmu następujących w sposób nagły – próbowały śledzić sekwencje czasowe poszczególnych doznań i reakcji, przez które przechodzi kolejno osoba niepełnosprawna; od szoku, poprzez nadzieję na poprawę, rozpacz gdy poprawa nie następuje, stosowanie mechanizmów obronnych, do powolnego przystosowania (Weller i Miller 1977). Badano też rolę cierpienia fizycznego i psychicznego w kształtowaniu się reakcji na niepełnosprawność (Roessler i Bolton 1978). Istotne znaczenie praktyczne miały psychologiczne studia nad motywacjami osób niepełnosprawnych do aktywnego uczestniczenia w leczeniu i rehabilitacji czy postaw i reakcji najbliższego otoczenia, wśród którego żyją (Larkowa 1987).

Działaniom z zakresu rehabilitacji, mającym podnieść sprawność, większą niezależność i poprawę funkcjonowania osób niepełnosprawnych towarzyszyła też od początku refleksja na temat jakości życia z kalectwem czy chorobą przewlekłą. W badaniach podejmowanych na ten temat specyficzne miejsce zajmowały studia nad reżimami życiowymi, koniecznymi ze względu na charakter choroby czy niepełnosprawności i wymuszonymi przez nie sposobami życia,

wzorami pełnionych ról społecznych i interakcjami z innymi osobami. Koncentrowały się one na dysfunkcjach niesionych przez poszczególne rodzaje niepełnosprawności, swoistych ograniczeniach dla funkcjonowania człowieka i ich konsekwencjami dla jego życia. Tak więc dla przykładu, uszkodzenie kręgosłupa powoduje przywiązanie do wózka inwalidzkiego, ograniczając mobilność; zawał serca wymaga zwolnienia tempa życia i eliminację stresów; niewydolność nerek – konieczność przeprowadzania dializ i organizacji swojego życia według schematów wymaganych przez zabieg.

Wskazywano, że choć reżimy życia z chorobą czy niepełnosprawnością różnią się między sobą, jednak zawsze są przyczyną ograniczeń wpływających także na relacje społeczne. Problem ten był podejmowany w wielu badaniach, głównie o charakterze jakościowym (Scambler i Hopkins 1986), ale czyniono też próby pomiaru jakości życia w badaniach surveyowych, przy użyciu wielowymiarowych skal odnoszących się do różnych wymiarów funkcjonowania jednostki i stopni osiągniętej satysfakcji (*Quality of life* 1995). W odróżnieniu od psychologicznych koncepcji badania jakości życia, bazujących na ocenach subiektywnych, w badaniach socjologicznych podejmowano też zadanie uchwycenia obiektywnych wymiarów tych warunków i ukazanie nierówności społecznych w tym względzie między osobami niepełnosprawnymi a poziomem i jakością życia „zdrowych i sprawnych”. W niniejszym tomie kwestie te omawia szeroko Beata Tobiasz-Adamczyk (rozdział 5).

Poszukując szerszych ram dla analizowanych problemów zwrócono uwagę, że psychospołeczne funkcjonowanie osób niepełnosprawnych, zwłaszcza fizycznie, ma pewne podobieństwa do sytuacji mniejszościowych grup religij-

nych czy etnicznych. Tym samym wskazywano, że względne ograniczenie, upośledzenie funkcjonowania tych osób nie jest wyłącznie skutkiem choroby czy kalectwa jako takiego. Osoby niepełnosprawne są traktowane inaczej, postrzegane jako odbiegające od normy i posiadające wiele problemów także ze względu na ich odmienność i mniejszościowy status, niepodzielany przez innych (Wright 1965). Według tej koncepcji, sytuacja społeczna na przykład osób niewidomych jest więc zbliżona do sytuacji emigrantów, których odrębność utrudnia proces „spontanicznej” integracji społecznej. Koncepcja ta zainicjowała szereg badań nad sposobami społecznego postrzegania osób niepełnosprawnych.

Socjologowie, włączając się w nurt dociekań psychologów nad reakcjami osób niepełnosprawnych na kalectwo i czynnikami sprzyjającymi procesowi adaptacji wskazywali, że proces antycypowania przez osobę niepełnosprawną swoich przyszłych ograniczeń i redefiniowania swojej sytuacji życiowej ma miejsce w kontekście społecznym, w kontekście obowiązujących w danym społeczeństwie norm, wartości i postaw. Analizy trwałości i przemian postaw w stosunku do osób niepełnosprawnych i niepełnosprawności w aspekcie historycznym¹, pozwalały prześledzić rolę różnych czynników społeczno-kulturowych, które sprzyjały akceptacji osób niepełnosprawnych i otwartości na ich problemy i tych, które powodowały dystansowanie się od nich i deprecjonowanie ich potrzeb. Współcześnie prowadzone badania nad postawami w stosunku do osób niepełnosprawnych n skierowane były także na rozpoznanie specyficznych nastaw

¹ Interesującą analizę postaw, wizerunków osób niepełnosprawnych i miejsca zajmowanego przez nie w różnych społeczeństwach na przestrzeni dziejów – od czasów starożytnych do współczesności – zawiera praca Zbigniewa Woźniaka (2008).

wień odnoszących się do poszczególnych rodzajów kalectwa i dysfunkcji – w różnym stopniu widocznych i w różnym stopniu ograniczających funkcjonowanie dotkniętych nimi osób. Inspiracją teoretyczną, przyświecającą tym badaniom były najczęściej koncepcje dystansu społecznego, które pozwalały rozpoznać rodzaje niepełnosprawności i sfery życia, w których integracja osób niepełnosprawnych jest szczególnie utrudniona. Badania oparte na tej koncepcji posługiwały się skalami mierzącymi stopień gotowości społeczeństwa do posiadania różnych, zróżnicowanych ze względu na stopień bliskości relacji z osobami niepełnosprawnymi. Wyniki takich badań prowadzonych w Polsce wskazały na znaczną rolę stereotypów i obaw przed kontaktami o niepewnym przebiegu interakcji; szczególnie silnie dystansowane były bowiem osoby niepełnosprawne intelektualnie i chore psychicznie (Ostrowska 1994).

Jeśli chodzi o inspiracje teoretyczne pierwszych analiz socjologicznych, które stały się pomocne dla lepszego zrozumienia sytuacji osób niepełnosprawnych warto wskazać na perspektywę oferowaną przez teorię ról społecznych. Pomogła one dostrzec specyfikę ról pełnionych w społeczeństwie przez osoby niepełnosprawne („niepełnosprawny pacjent”, „niepełnosprawny członek rodziny” czy „niepełnosprawny pracownik”), problemy ich wzajemnej synchronizacji i konflikty między nimi. Z kolei proces przystosowywania się do życia z niepełnosprawnością interpretowano jako rezygnację z dawniej pełnionych ról społecznych, na rzecz uczenia się nowych, modyfikowanych sytuacją zdrowotną. Koncepcja ta (Cogswell 1976), wyróżniała cztery, następujące etapy: wycofanie się z poprzedniej roli, identyfikacja z nową rolą, doskonalenie się w ramach nowej roli oraz jej integracja z całokształtem pełnionych ról.

W procesie przystosowywania się do nowych ról (czy podejmowania dawnych, jednak w nowych warunkach), dostrzegano także pewne ukryte zagrożenia. Ponieważ w procesie tym uczestniczą aktywnie profesjonalne instytucje socjalizujące, standardy i wyobrażenia profesjonalistów na temat miejsca i sposobu pełnienia roli osoby niepełnosprawnej w społeczeństwie mają wpływ na ostateczny efekt tej socjalizacji. Pojawiają się tu niejednokrotnie tendencje do traktowania osób niepełnosprawnych w sposób zuniformizowany, oparty na ujednoczonym, stereotypowym postrzeganiu ich możliwości, prowadzące w efekcie do ograniczenia autonomii ich życia. Już wczesne badania socjologiczne (Scott 1969) pokazały, że podopieczni w instytucjach rehabilitujących bywają nagradzani za bierne podporządkowanie się oczekiwaniom, za dostosowywanie się do panujących wyobrażeń i stereotypów związanych z życiem osób niepełnosprawnych, a wszelkie przejawy indywidualności podlegają „karaniu”. Subiektywne możliwości, doświadczenia i preferencje ludzi niepełnosprawnych są odsuwane na dalszy plan, tak aby role, które podejmą w przyszłości, były zgodne ze społecznym wzorcem funkcjonowania osoby niepełnosprawnej. Do dziś jeszcze społeczna rehabilitacja niepełnosprawnych unika podejmowania takich kwestii jak ich życie osobiste i seksualne; istniejący wzorzec zakłada bowiem, że nie posiadają oni takich potrzeb.

Socjologów interesowały także zależności między klasą społeczną, systemami wyznawanych wartości a reakcją na niepełnosprawność oraz efektami leczenia i rehabilitacji. Wyniki badań na ten temat nie były jednak spójne. Niektóre badania nie wykazywały tu wyraźniejszego związku, inne wskazywały, że wśród osób o wyższym statusie społeczno-ekonomicznym, zarówno reakcje pacjentów, jak i ich rodzin

były bardziej nakierowane na specyficzne potrzeby i ograniczenia osób niepełnosprawnych, co jednak niekoniecznie sprzyjało szybszemu podejmowaniu przez nich normalnych aktywności (Safilios-Rothschild 1970). Były to na ogół badania wykonywane na użytek instytucji medycznych, dotyczyły pacjentów ze świeżo nabytą niepełnosprawnością, a ich wyniki miały pomagać w wypracowywaniu skuteczniejszych metod terapii.

Systematyczne studia nad zależnością między klasą społeczną i dalszą sytuacją życiową osób niepełnosprawnych były zainicjowane dopiero w latach siedemdziesiątych i ukazywały znacznie wyraźniejsze obniżanie się statusu społecznego ludzi pochodzących z klas relatywnie niższych niż wyższych. Jak wykazują badania, wiele osób niepełnosprawnych z wyższym wykształceniem jest w stanie wrócić po kilku latach na niemal identyczne pozycje w strukturze zawodowej jak te, które sprawowały przed nabyciem niepełnosprawności, podczas gdy większość pracowników fizycznych bądź przestaje pracować i przechodzi na rentę, bądź zmienia swoje kwalifikacje, jednak na ogół obniżając swój status zawodowy (Alexander 1976, Ostrowska i Sikorska 1996). I bynajmniej nie tylko różnice w wydolności do pracy fizycznej i wysiłku fizycznego wpływają na tę sytuację, ale także motywacja do pracy i wartość pracy zawodowej w całości kształcą doświadczenia życiowego człowieka. Im większy zatem stopień identyfikacji z pracą zawodową i z materialnymi i pozamaterialnymi gratyfikacjami, jakich może ona dostarczyć, tym większe szansa na rezygnację z „wtórnych” korzyści, jakich może dostarczać niepełnosprawność (np. zwolnienie z obowiązków czy odpowiedzialności).

Za przydatne i adekwatne do rozpatrywania sytuacji osób niepełnosprawnych uznano koncepcje interpretujące kale-

ctwo w języku teorii dewiacji społecznej i naznaczania społecznego. Niewątpliwie należy tu wymienić prace Elliota Freidsona (1966) i Freda Davisa (1964), które wykorzystwały do badań empirycznych kierunek wyznaczony przez Ervinga Goffmana, Howarda Beckera czy Edwina Lemerta. Inspiracje i wyjaśnienia oferowane przez teorię dewiacji i naznaczania cieszą się nie malejącą popularnością do dziś. Pokazują one proces nadawania dewiacyjnego statusu osobom, których cechy (wygląd, zachowanie) przekraczają normy i reguły przyjętego porządku społecznego. Niepełnosprawność, kalectwo jest więc dewiacją w konsekwencji stosowania przez innych („widownię”) reguł i sankcji w stosunku do osób nie spełniających reguł, oczekiwań społecznych związanych z pełnieniem określonych ról.

Szczególnie przydatna i często wykorzystywana w badaniach nad sytuacją osób niepełnosprawnych w społeczeństwie stała się koncepcja naznaczania i etykietowania, poprzez które kształtowana jest społeczna reakcja na odmiennność. Etykieta, która jest efektem przypisania jednostce statusu dewiacyjnego, dominuje nad innymi statusami posiadanymi przez nią, generalizując i narzucając dewiacyjną cechę na inne charakterystyki jednostki. Współtworzy też stereotyp (na ogół uproszczony i negatywny) ogółu osób posiadających tę cechę – a więc np. osób niewidomych czy niepełnosprawnych intelektualnie lub ruchowo, z góry przesądzając ich ograniczenia i możliwości i etykietując je niejednokrotnie pejoratywnymi terminami (np. ślepy, debil, paralytyk, kulas)². Trzeba

² Warto odnotować, że pejoratywna, wartościująca terminologia odnosząca się do poszczególnych rodzajów niepełnosprawności (zwłaszcza intelektualnych) do niedawna jeszcze funkcjonowała w języku profesjonalnym, który posługiwał się takimi określeniami jak np. oligofrenia, debilizm, matołectwo.

podkreślić, że teorie dewiacji i naznaczania odegrały znaczną rolę w uświadamianiu i uwrażliwianiu ludzi na problemy reakcji społecznej w stosunku do niepełnej sprawności.

Nowsze ujęcia niepełnosprawności, rozwijając ujęcia proponowane przez społeczny model niepełnosprawności koncentrują się na problematyce marginalizacji i wykluczenia ludzi niepełnosprawnych. Niejednokrotnie mówi się o społecznej dyskryminacji tej kategorii osób (Finkelstein 1993), która ma swoje źródło w istniejących przekonaniach, że to wyłącznie osoby niepełnosprawne ze względu na swoją ułomność muszą się podporządkować sprawnej większości. Podkreśla się także, że o życiu i losie niepełnosprawnych decydują często osoby, nie zawsze rozumiejące istotę ograniczeń i potrzeby osób niepełnosprawnych, które też przecież nie są kategorią homogeniczną, a ich preferencje i interesy nie zawsze są zbieżne. Wiąże się to tendencją do marginalizowania (systematycznego usuwania z głównego nurtu aktywności społecznych) osób niepełnosprawnych, a także swoistym *imperializmem kulturowym*. Jak zauważają Colin Barnes i Geof Mercer (2008): „Myślenie o „pełnosprawnej normalności” jako uprzywilejowanym czy też pożądanym stanie jest zakorzenione w potocznym rozumowaniu i codziennym zachowaniu. Kategoria „pełnosprawności” ustanawia normatywne czy też powszechnie obowiązujące standardy, zgodnie z którymi wszyscy oceniamy innych. Osoby niepełnosprawne są usuwane na bok jako „inni” lub w pewien sposób odbiegający od normy”. W konsekwencji tego, ich dostęp do wykształcenia, rynku pracy czy dóbr kultury, sytuacja materialna i poziom dochodów, prawa obywatelskie i możliwości kształtowania własnego życia są ograniczone.

Przeciwko stereotypizacji niepełnosprawności i jednocześnie potrzebie zrozumienia rzeczywistego znaczenia

niepełnosprawności w doświadczeniu osób żyjących z nią opowiedział się nurt badań wyrosłych z konstruktywizmu społecznego. Wskazywał on, że kategoria niepełnosprawności jako pewien konstrukt społeczny nie oddaje sensu tego, co przeżywają i czego na co dzień doświadczają osoby niepełnosprawne, a ich rehabilitacja i wzory integracji nie odpowiadają ich autentycznym potrzebom.

Inne formy społecznego upośledzenia osób niepełnosprawnych (szczególnie o widocznych postaciach niepełnosprawności) zostały uwypuklone w socjologicznych analizach ciała i ludzkiej cielesności. Zainicjowany w latach osiemdziesiątych nurt tych dociekań, będący w znacznej mierze reakcją na rozwój zorientowanej na ciało kultury konsumpcyjnej, wskazał ciało jako istotny element doświadczania świata, znaczenia mu przypisywane i specyficzne sposoby jego postrzegania. Wskazywano też na zjawiska „medykalizacji ciała”, a więc stosowanie procedur medycznych, mających na celu uzyskania ciała aprobowanego społecznie, czyli sprawnego i atrakcyjnego fizycznie (Turner 1992). Wiele działań z zakresu rehabilitacji medycznej, nastawionych na przywrócenie sprawności funkcjonalnej, ale także i kierujących się kryteriami estetycznymi, można było interpretować jako mieszczące się w tym nurcie. Przedmiotem rozważań stał się także stosunek do ciała okaleczonego, zdeformowanego, funkcjonalnie niesprawnego – i jego wpływ na tożsamość osób niepełnosprawnych i charakter ich więzi społecznych. Wskazano na przykład, że wiele intymnych czynności (mycie, korzystanie z toalety), które należą do sfery prywatnej, może być wykonywanych tylko przy pomocy innych osób, co stwarza nie tylko sytuacje uzależnienia od innych, ale zmusza do przedefiniowania własnego

wizerunku i poszerzenia obszaru „znieczulenia” indywidualnej wrażliwości (Barnes, Mercer 2008).

Na koniec trzeba jeszcze odnotować nurt rozważań nad możliwościami integracji osób niepełnosprawnych z punktu widzenia zmian społecznych i cywilizacyjnych niesionych przez ponowoczesność. Podkreśla się w nich zarówno potencjalne zagrożenia, jak i szanse dla tego procesu – z jednej strony byłyby to wzrost orientacji konsumpcyjnych i hedonistycznych, brak jednoznacznych moralnie drogowskazów, wzrost indywidualizmu i wartości indywidualnych osiągnięć czy wręcz społecznego egoizmu, z drugiej rozszerzanie się tolerancji i przyzwolenia społecznego na odmienność, różnorodność stylów życia i dokonywanych wyborów (Krause 2000).

* * *

Podsumowując inspiracje płynące z teorii socjologicznych dla badań i rozważań na temat niepełnej sprawności trzeba stwierdzić, że podejście socjologów do tej problematyki raczej wykorzystywało już istniejące koncepcje teoretyczne i konstrukty analityczne, niż podejmowało próbę tworzenia własnych, spójnych podwalin teoretycznych problematyki niepełnosprawności. Zainteresowania ich – podobnie jak wielu innych socjologów poruszających się po obszarze socjologii choroby i medycyny – koncentrowały się wokół badań związanych z praktyką społeczną i tworzeniem modeli rozwiązań społecznych. W centrum ich zainteresowania znalazła się nie tyle sama koncepcja i zjawisko niepełnosprawności, ile raczej społeczno-kulturowe czynniki warunkujące procesy adaptacji i reintegracji społecznej osób niepełnosprawnych, czyli determinanty rehabilitacji społecznej.

Literatura

- Albrecht, Gary L. 1976. *The Sociology of Physical Disability and Rehabilitation*. Pittsburgh: University of Pittsburg Press.
- Albrecht, Gary L. 1987. *Cross National Rehabilitation Policies*. London: Sage.
- Alexander, Karl L. 1976. *Disability and Stratification Processes*. W: G.L. Albrecht (red.). *The Sociology of Physical Disability and Rehabilitation*. Pittsburgh: University of Pittsburg Press.
- Barnes, Colin i Geof Mercer. 2008. *Niepełnosprawność*. Warszawa: Wydawnictwo Sic!.
- Brim, Orville Jr. 1968. *Adult Socialization*. W: J.A. Clausen (red.). *Socialization and Society*. Boston: Little, Brown and Company.
- Cockerham, William. 2004. *Medical Sociology*. Prentice Hall, Upper Saddle River.
- Cogswell, Bryce. 1976. *Conceptual Model of Family as a Group: Family Response to Disability*. W: G. Albrecht (red.). *The Sociology of Physical Disability and Rehabilitation*. Pittsburgh: University of Pittsburg Press.
- Compendium on Members States Policies on Quality of Opportunity for People with Disabilities*. Komisja Europejska 1997.
- Davis, Fred. 1964. *Deviance Disavowal, oraz The Management of Strained Interaction by the Visibly Handicapped*. W: H. Becker (red.). *The Other Side. Perspectives in Deviance*. New York: The Free Press.
- Finkelstein, Vic. 1980. *Disability and Professional Attitudes*. New York.
- Freidson, Eliot. 1966. *Disability as Social Deviance*. W: M. Sussman (red.). *Sociology and Rehabilitation*. Washington: American Sociological Association.
- Hulek, Aleksander. 1969. *Teoria i praktyka rehabilitacji inwalidów*. Warszawa: PZWL.
- Krause, Amadeusz. 2000. *Integracyjne złudzenia ponowoczesności*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Larkowa, Helena. 1987. *Człowiek niepełnosprawny*. Warszawa: PWN.

- Ostrowska, Antonina. 1994. *Niepełnosprawni w społeczeństwie*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Ostrowska, Antonina i Joanna Sikorska. 1996. *Syndrom niepełnosprawności w Polsce. Bariery integracji*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Quality of Life in Social Science and Medicine*. 1995. „Social Science and Medicine” nr 10.
- Parsons, Talcott. 1951. *The Social System*. The Free Press, Glencoe, Ill.
- Parsons, Talcott. 1975. *The Sick Role and Role of the Physician Reconsidered*. „Milbank Memorial Fund Quarterly” nr 53.
- Roessler, Richard, Brian Bolton. 1978. *Psychological Adjustment to Disability*. Baltimore: University Park Press.
- Safilios-Rothschild, Constantina. 1970. *The Sociology and Social Psychology of Disability and Rehabilitation*. New York: Random House.
- Scambler, Graham, Anthony Hopkins. 1986. *Being Epileptic: Coming to Terms with Stigma*. „Sociology of Health and Illness” nr 1.
- Scott, Robert A. 1969. *The Making of the Blind Man*. New York: Russel Sage Foundation.
- Sokołowska, Magdalena, Antonina Ostrowska. 1976. *Socjologia kalectwa i rehabilitacji*. Warszawa: Ossolineum.
- Suchman, Edward A. 1966. *A Model for Research and Evaluation on Rehabilitation*. W: M. Sussman (red.). *Sociology and Rehabilitation*. New York: American Sociological Association.
- Turner, Bryan S. 1992. *Regulating Bodies. Essays in Medical Sociology*. London: Routledge.
- Weller, Doris J., Patricia M. Miller. 1977. *Emotional Reactions of Patients, Family and Staff in Acute Period of Spinal Cord Injury*. Leeds: Disability Press.
- Wright, Beatrice. 1965. *Psychologiczne aspekty fizycznego inwalidztwa*. Warszawa: PWN.
- Woźniak, Zbigniew. 2008. *Niepełnosprawność i niepełnosprawni w polityce społecznej*. Warszawa: SWPS.